

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

(N. 863)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori MELOTTO, BOMPIANI, CAMPUS, COLOMBO SVEVO, CONDORELLI, COSTA, FIMOGNARI, FOSCHI, JERVOLINO RUSSO, MASCARO, ALIVERTI, FONTANA, FERRARA Nicola, CENGARLE, BOMBARDIERI, BERNASSOLA, CECCATELLI, CODAZZI, GIUST, COCO, COLOMBO Vittorino (V.), D'AGOSTINI, ROMEI Roberto, D'AMELIO, DI LEMBO, PINTO Michele, ANGELONI, ACCILI, PACINI, PAVAN, D'ONOFRIO, MEZZAPESA, PAGANI Antonino, PATRIARCA, RUFFINO, SANTALCO, VETTORI, TOROS, SCARDACCIONE e TRIGLIA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 LUGLIO 1984

Modifica degli articoli 10, 13, 14, 15, 17, 18, 22, 49, 50, 51, 65, 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, concernente istituzione del servizio sanitario nazionale

ONOREVOLI SENATORI. — A distanza di oltre cinque anni dall'approvazione della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale e di tre anni dalla generalizzata istituzione in tutto il territorio nazionale della rete delle unità sanitarie locali dalla stessa previste, si deve concludere con un giudizio generalmente positivo sulle concrete e razionali possibilità di realizzazione delle previsioni contenute nella legge n. 833 del 1978, dato che i principi generali e il quadro complessivo dell'impianto da essa previsti hanno tenuto e tengono alla prova dei fatti.

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

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

La presente proposta non rappresenta, quindi, la cosiddetta « riforma della riforma », della quale non si riscontra la necessità. Il quadro complessivo, infatti, come si è detto, della legge n. 833 del 1978, nel suo ampio respiro politico e nelle scelte mo-

derne che prefigura, non è di ostacolo alla attuazione di un servizio sanitario nazionale a livelli di moderna efficienza. Essa, invece, intende proporsi come risposta ad una esigenza, ormai maturata nel Paese, e venuta chiaramente alla luce nella citata indagine conoscitiva della Commissione igiene e sanità del Senato, di « apportare all'assetto delle unità sanitarie locali alcune integrazioni e correttivi che contribuiscano ad assicurare una sempre maggiore rispondenza del loro funzionamento agli obiettivi della riforma e delle esigenze di buon andamento dei servizi ».

Una riflessione costruttiva sul significato politico e culturale della legge n. 833 del 1978 pone al legislatore, infatti, l'obbligo di ricercare nuove formule giuridiche che consentano, nel rispetto dei principi in essa contenuti e certamente validi, la piena armonica applicazione del disposto legislativo.

Non può essere disatteso il dato emergente sopra individuato e cioè che il complesso e concatenato disegno del legislatore del 1978 ha stentato talvolta a realizzarsi ovvero ha disatteso i principi che lo animavano.

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

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

Le disposizioni normative, infatti, difficili e talvolta di vario contenuto, in essa previste, si sono prestate ad interpretazioni disomogenee (es., sulla natura delle unità sanitarie locali), a spazi di non applicabi-

lità (es., concorsi), aggravato il tutto da un aumento complessivo della spesa non compensato da un miglioramento qualitativo dei servizi.

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

A queste osservazioni potrebbero aggiungersene molte altre di carattere generale: mai come in questi anni il dibattito culturale, giuridico e politico è stato vivace ed approfondito attorno all'attuazione della legge n. 833 del 1978. Le aspettative dei cittadini, delle forze sociali e degli operatori del comparto della sanità sono molte e legittime; disattenderle sarebbe segno di involuzione e certamente comporterebbe una giustificata perdita di credibilità nelle istituzioni e nelle forze politiche.

La organica proposta legislativa che viene presentata, volta a recuperare la valenza politica dei principi ispiratori della legge n. 833 del 1978, mira ad approntare un insieme coordinato di emendamenti idoneo a soddisfare con immediatezza l'esigenza fondamentale:

1) di definire un assetto istituzionale delle unità sanitarie locali che, nel rispetto dell'autonomia dei comuni e della loro titolarità di gestione politica, attribuisca alle unità sanitarie stesse un'autonoma gestione tecnico-organizzativa efficiente e qualificata;

2) di individuare una soluzione per la gestione del personale che faccia effettivamente salva l'esigenza della più proficua utilizzazione dello stesso in rapporto alla competenza professionale di ciascun addetto e realizzi un assetto funzionale ed organizzativo delle unità sanitarie locali idoneo, sotto il profilo della massima redditività del sistema, a valorizzare la specificità della preparazione tecnica. Al di là della conquista di un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale, si pone con

urgenza la necessità di avviare procedure di reclutamento e di gestione del personale stesso che ne consentano il razionale utilizzo con le necessarie peculiarità dovute alla specificità propria del servizio sanitario nazionale;

3) di esplicitare più concretamente nella struttura economico-finanziaria tre esigenze fondamentali che non sono mutate dal 1978, ma che non hanno trovato rispetto con le vigenti disposizioni, e cioè:

a) attivare realmente prassi programmatiche che permettano di contenere l'evoluzione della spesa raggiungendo l'obiettivo di salvaguardia di *standards* qualitativi dei servizi;

b) garantire regolarità, correttezza e correttezza del finanziamento;

c) far assumere effettivamente a regioni ed enti locali la responsabilità finanziaria della programmazione e della gestione dei servizi.

Tutto ciò, naturalmente, nel rispetto delle scelte costituzionali e della legislazione vigente che sono riuscite a saldare in modo organico la responsabilità del potere centrale, cui spettano la programmazione ed il coordinamento delle modalità e gli *standards* del servizio sanitario nazionale, con l'autonomia regionale, alla quale è comunque demandata tutta l'attività legislativa e regolamentare riguardante l'attuazione dei modelli gestionali e l'individuazione degli obiettivi programmatici: l'una e l'altra mirando a coinvolgere sempre più la responsabilità politico-amministrativa dei comuni nella concreta fase gestionale.

I punti sopra illustrati sono stati presi in considerazione nella proposta in esame, procedendo alla modifica dei singoli articoli della legge n. 833 del 1978 che interessano la materia.

* * *

All'articolo 1 del presente disegno di legge, nel modificare l'articolo 10 della legge n. 833 del 1978, viene data una definizione precisa delle unità sanitarie locali come « aziende speciali... dotate di personalità giuridica e di autonomia gestionale, mediante

le quali i comuni, singoli o uniti in associazione obbligatoria, e le comunità montane assolvono, in ambiti territoriali determinati, alle funzioni proprie e delegate concernenti l'organizzazione e la gestione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario nazionale ».

La natura aziendale dell'unità sanitaria locale viene quindi chiaramente esplicitata, come pure viene chiaramente esplicitata la attribuzione alla stessa della personalità giuridica e dell'autonomia gestionale.

Tale scelta politica, oltre che rispondere alle necessità di chiarezza e certezza istituzionale sopra rilevate, non contraddice all'indirizzo stabilito dal Senato nell'ordine del giorno del 9 maggio 1984, ove al punto 1.3.3 viene previsto che i comuni, singoli o associati, possano dare vita ad aziende pubbliche di servizi, in relazione all'esercizio delle funzioni proprie che riguardano, tra l'altro, i settori dei servizi sanitari e sociali.

Per quanto riguarda poi la previsione dell'associazione intercomunale obbligatoria, essa è pure aderente all'indirizzo dettato dal Senato, il quale al punto 1.3.2 prevede la possibilità di associazioni intercomunali obbligatorie per l'esercizio dei servizi di rilevante interesse nazionale.

Ma la scelta operata con l'articolo 1 del disegno di legge ha, ad avviso dei proponenti, soprattutto lo scopo di individuare l'esercizio dell'autonomia dei comuni nell'ambito delle competenze socio-sanitarie come esercizio di fondamentali funzioni politiche, distinguendo queste da quelle eminentemente tecniche.

L'articolo 1 del disegno di legge, infatti, va strettamente correlato con l'articolo 2 nel quale sono previste le attribuzioni del consiglio comunale o dell'assemblea generale della comunità montana o dell'assemblea dell'associazione intercomunale obbligatoria, nonchè le competenze e attribuzioni dei sindaci quali autorità sanitarie locali.

Invero, la previsione di tali istituti non come organi dell'unità sanitaria locale, ma come organi con competenza propria di controllo e gestione politica delle unità sanitarie locali, vuole significare che la funzione autonoma dei comuni in materia sanitaria deve tradursi appunto in una vera e pro-

pria gestione politico-amministrativa, perchè il ruolo del comune nella gestione della sanità non può assumere natura di gestione tecnica.

Il grave errore spesso commesso nell'attuazione della riforma è stato quello di considerare l'attività del comune in campo sanitario come attività « comunale », in senso stretto, confondendo tale attività con le altre nelle quali il ruolo del comune è politico e tecnico insieme.

In altri termini non è più configurabile un ruolo gestionale del comune nella sanità alla stregua degli istituti previsti dalla legge comunale e provinciale: la sanità non può in alcun modo essere considerata un assessorato del comune.

Stabilito quindi il ruolo del comune come ruolo esclusivamente politico-amministrativo, la gestione del servizio sanitario non può che essere affidata ad una « struttura tecnica » dotata di autonomia nell'ambito degli indirizzi e dei programmi politici predeterminati.

È da sottolineare, infine, la più ampia e precisa definizione del distretto di base, il quale viene considerato come struttura operativa primaria del sistema, sulla quale dovrà basarsi l'organizzazione del servizio, per soddisfare non solo i bisogni strettamente sanitari, ma anche quelli dell'assistenza sociale a questi collegata e che può essere delegata all'unità sanitaria locale dalla regione o dai comuni.

Su questi presupposti, perciò, sembra ai proponenti, che l'individuazione delle unità sanitarie locali, come aziende speciali dei comuni singoli o associati, o delle comunità montane, possa essere considerata come presupposto essenziale per l'attuazione di quel concetto di efficacia ed efficienza dell'intervento sanitario che la legge n. 833 del 1978 ha voluto salvaguardare in ogni sua previsione istituzionale.

Inoltre la definizione dell'unità sanitaria locale come azienda speciale tende a dare certezza giuridica alla sua figura istituzionale facendola rientrare nell'ampio concetto di azienda pubblica che, soprattutto in questi ultimi anni, è stato oggetto di sviluppi normativi e dottrinali sulla spinta della ne-

cessità di adattare l'ordinamento giuridico ai nuovi compiti di carattere manageriale e imprenditoriale attribuiti alla pubblica Amministrazione. Da tale definizione peraltro debbono essere tratte precise conseguenze sul piano organizzativo.

Ed è quello che i sottoscritti intendono proporre all'articolo 4 che modifica l'articolo 15 della legge n. 833 del 1978.

Tale articolo, che si riferisce alla organizzazione ed al funzionamento delle aziende unità sanitarie locali, vuole innanzitutto dettare norme precise e uniformi al fine di porre rimedio all'attuale difformità di regolamentazione delle strutture del servizio sanitario nazionale operate negli ambiti regionali, riportando a un minimo comune denominatore, per tutto il territorio nazionale, un complesso di strutture che non può trovare applicazioni disarticolate e contraddittorie.

Per tale motivo, la presente proposta all'articolo 4 affronta alcuni dettagli organizzativi che la legge n. 833 del 1978 aveva trascurato, proponendo tra l'altro soluzioni che sono il frutto positivo delle esperienze maturate in questo quinquennio di applicazione della riforma.

Dall'indagine conoscitiva della Commissione igiene e sanità del Senato, più volte citata, è emersa, infatti, una esigenza espressa quasi unanimemente, e cioè quella della necessità di rendere più efficiente il servizio sanitario nazionale attraverso un complesso di strutture che lo avvicinino il più possibile alla gestione di una azienda riducendo al minimo gli apparati burocratici.

L'attuale disegno di legge tende, quindi, ad applicare anche nell'ambito della sanità il concetto di managerismo pubblico, partendo dalla constatazione che se la riforma deve soprattutto basarsi, pena il suo fallimento, sulla predeterminazione delle risorse da destinare alla salute, ad essa deve essere destinato un complesso di strutture e di operatori che riesca a gestire i processi, le dinamiche, i meccanismi, le procedure della conseguente predeterminazione dei servizi, per poter rendere tali servizi secondo i modelli della migliore qualificazione in una costante verifica dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi.

Come già sopra si è sottolineato, la necessità di realizzare un sistema gestionale in cui l'impegno delle risorse limitate avvenga nel modo più efficiente e con la maggiore efficacia in vista del conseguimento degli obiettivi assegnati è sembrata ai proponenti imprescindibile con tutte le conseguenze che da essa debbono essere tratte: prima fra tutte l'avvio di un radicale cambiamento nella filosofia di conduzione fino ad oggi adottata negli enti sanitari, e cioè il superamento della cosiddetta « amministrazione per atti », con l'introduzione di una conduzione di tipo aziendale che miri soprattutto ai risultati, nel rispetto, naturalmente, delle norme di legge e della imparzialità della pubblica Amministrazione.

È parso necessario, quindi, definire un nuovo ruolo, una nuova figura di ente gestore del servizio sanitario e nuove figure di responsabili della gestione stessa, perchè il successo socio-politico della riforma dipende non solo da una corretta programmazione e da una corretta indicazione degli obiettivi, ma soprattutto dalla loro puntuale esecuzione in sede operativa e quindi dalla capacità delle strutture a renderli effettivamente operanti.

Tale scelta implica peraltro alcune conseguenze anche in relazione al rapporto di responsabilità e di professionalità, che soprattutto il personale dirigente deve intrattenere con l'azienda.

Se si vuole, infatti, avviare un sistema impostato sulla conduzione aziendale e manageriale è necessario superare l'attuale sistema, tipico delle strutture burocratiche, della garanzia assoluta dei ruoli con la consacrazione della stabilità.

Il presente disegno di legge intende avviare anche questo processo di rinnovamento, iniziando dalla previsione di un rapporto a termine con i dirigenti responsabili dell'unità sanitaria locale, attribuendo agli stessi precise responsabilità gestionali, anche esterne, ma lasciando alla pubblica Amministrazione la possibilità di controllare periodicamente la loro capacità e la loro efficienza.

Ritengono i proponenti che la norma proposta sia un primo passo verso un cambia-

mento sostanziale nella conduzione della pubblica Amministrazione, soprattutto ai livelli dirigenziali: bisogna avere il coraggio, pena il fallimento di ogni scelta di moderna efficienza, di affrontare una normativa che, garantendo naturalmente al personale il mantenimento del posto di lavoro, tuteli pure la pubblica Amministrazione dalle incapacità, dalla mancata preparazione e dal progressivo disimpegno dei quadri dirigenti essenziali per lo sviluppo della sua attività.

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

L'articolo 4 del disegno di legge, quindi, che deve ritenersi il punto centrale per il riassetto della riforma, prevede la ristrutturazione degli organi dell'unità sanitaria locale, in questa complessiva ottica di gestione aziendale.

Gli organi previsti sono: il consiglio di amministrazione, il presidente, il collegio dei revisori, l'ufficio di direzione.

Per quanto riguarda il consiglio di amministrazione si è ritenuto che esso debba essere un organo di governo, più che di gestione quotidiana e puntuale dell'unità sanitaria locale, riservando ad esso la competenza di atti tassativamente indicati, ma che investono la complessiva conduzione del servizio ed il suo controllo.

La composizione del consiglio di amministrazione è stata stabilita in un numero minimo di cinque componenti ed in un massimo di sette o nove: ciò al fine di rendere più spedita l'attività, facilitando assunzioni di responsabilità collegiali che un numero più vasto di componenti troverebbe difficoltà ad assumere.

La figura del presidente è stata valorizzata sia come momento di tramite tra gli organi politici e quelli tecnici, sia come punto di riferimento per garantire il buon funzionamento della gestione complessiva dell'azienda unità sanitaria locale alla quale sovraintende.

Al collegio dei revisori si è ritenuto di attribuire, oltre che compiti di verifica contabile e gestionale, anche compiti di consulenza ed assistenza, a richiesta degli organi ed uffici competenti dell'unità sanitaria locale al fine di favorire la migliore conduzione dell'azienda secondo criteri di economicità ed efficienza.

L'ufficio di direzione è stato completamente rinnovato rendendone più incisiva e funzionale la composizione.

Esso è composto da due direttori generali, amministrativo e sanitario.

All'ufficio di direzione è stato attribuito il compito di dirigere e sovrintendere all'attività aziendale in conformità alle direttive del consiglio di amministrazione, di adottare tutti gli atti e provvedimenti gestionali non riservati al consiglio di amministrazione stesso e non attribuiti ai singoli dirigenti di servizio o di presidio.

In riferimento alla previsione di queste due nuove figure di direttore generale si è adottata la scelta, sopra illustrata, di costituire al vertice gestionale dell'azienda due responsabili come punto di riferimento per la complessiva amministrazione, per l'organizzazione delle strutture e per la gestione economico-finanziaria.

Si è pure adottata la scelta della temporaneità delle funzioni al fine di mettere il consiglio di amministrazione nella condizione di verificare periodicamente la capacità e l'efficienza dei responsabili.

L'attribuzione all'ufficio di direzione — *rectius* ai direttori generali — di tali ampie competenze non va a scapito della partecipazione dei dirigenti dei servizi alla conduzione generale, in quanto si è prevista la obbligatorietà della consultazione degli stessi da parte dei direttori generali, nonché il rispetto delle prerogative di ciascun dirigente di dirigere con la necessaria autonomia operativa il funzionamento del proprio servizio.

Per quanto riguarda l'articolazione di tali servizi si è voluto stabilire indicazioni precise, valide per tutto il territorio nazionale, onde evitare confusioni, anche terminologiche, nella organizzazione delle unità sanita-

rie locali, prevedendo in modo particolare la garanzia dell'autonomia tecnico-funzionale di tali servizi.

Anche per la nomina dei responsabili dei servizi è stata prevista la possibilità di scelta da parte del consiglio di amministrazione, nonché la temporaneità dell'incarico.

Sia per quanto riguarda i direttori generali che i responsabili dei servizi è stata prevista la possibilità della loro rimozione anticipata in caso di accertata incapacità o inefficienza.

L'illustrazione della previsione contenuta nell'articolo 4 del disegno di legge non può ritenersi completa senza chiarire un equivoco che può sorgere da una sua sommaria lettura, e cioè quello di catalogare una prospettiva gestionale quale quella proposta come meramente tecnocratica, in contrapposto alla concezione « democratica » che la legge n. 833 del 1978 ha adottato come sua scelta fondamentale introducendo il metodo della partecipazione.

È necessario perciò chiarire che, ad avviso dei proponenti, la partecipazione deve avvenire a livello di scelta politica, non di gestione tecnica: non bisogna confondere la partecipazione con il lavoro di gruppo che è altra cosa e che nelle moderne strutture è ritenuto essenziale e quindi non può essere contraddetto dal disegno di legge in esame.

Ma bisogna peraltro sottolineare che, senza la istituzionalizzazione di strutture gestionali che garantiscano — individuata la precisa responsabilità — la tempestività e la adeguatezza degli interventi, non è possibile ritenere democratica una riforma, perchè in realtà essa non raggiunge il suo primo obiettivo che è quello di mettere a disposizione del cittadino e degli organi rappresentativi da lui espressi efficaci strumenti di traduzione operativa delle scelte adottate a livello politico e di verifica e controllo dell'efficienza dei servizi.

All'articolo 5 del disegno di legge viene poi affrontato il problema delle strutture ospedaliere.

La grave crisi di organizzazione dei servizi sanitari pubblici ha fatto emergere l'esigenza di una revisione dell'assetto degli ospedali, che, sulla scia della rapida evoluzione delle tecnologie mediche e della continua diversificazione di sempre nuove indagini strumentali e trattamenti specialistici sempre più avanzati, richiedono crescenti dotazioni di attrezzature tecnico-scientifiche, di medici specializzati e di personale infermieristico e tecnico altamente qualificato, impegnando una quota cospicua delle risorse finanziarie destinate all'assistenza sanitaria.

Soprattutto per gli ospedali più complessi è generalmente riconosciuta l'esigenza di un più agile sistema di gestione tecnica, che consenta il massimo grado di funzionalità e di efficienza delle strutture, anche attraverso la valorizzazione della professionalità e il coinvolgimento dei medici nella gestione ospedaliera.

L'ordinamento interno dei servizi ospedalieri, già disciplinato dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, in questa fase di passaggio dal vecchio al nuovo assetto del sistema sanitario, è turbato da numerose incertezze organizzative e da confusione di competenze e di responsabilità tecnico-gestionali, aggravate dal ritardo della legislazione regionale, cui gli articoli 17 e 18 della legge n. 833 del 1978 demandano la disciplina della struttura interna dell'ospedale e la organizzazione dei presidi con funzioni multinazionali.

D'altra parte gli indirizzi fissati dagli articoli 17 e 18 della legge n. 833 si sono dimostrati inadeguati per delineare criteri di impostazione coerenti con le profonde modificazioni intervenute negli ultimi vent'anni nella assistenza ospedaliera.

L'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in dipartimenti presuppone una ridefinizione delle caratteristiche delle divisioni, sostituendo al vecchio parametro della struttura dei posti-letto il rapporto con le prestazioni complessive che oggi, oltre al ricovero tradizionale, comprendono sempre più largamente attività di ricovero parziale diurno o notturno, attività di supporto specialistico per indagini diagnostiche e trattamenti terapeutici rivolti a tutti i malati del-

l'ospedale e prestazioni ambulatoriali a favore di ammalati esterni.

Occorre altresì rideterminare i concetti di « sezione di ricovero » e di « settore di spedalizzazione diurna » che vanno intesi come unità funzionali assistenziali anche plurispecialistiche, dimensionate in rapporto al grado di intensità delle esigenze assistenziali, in modo da configurare unità di cura costituite da un numero di ammalati proporzionato ai turni infermieristici che devono assicurare l'assistenza nelle 24 ore.

Deve inoltre essere richiamata la funzione dell'ospedale nell'assistenza ai malati psichiatrici, che richiedono aree con caratteristiche strutturali specifiche in grado di soddisfare le loro particolari esigenze assistenziali.

Con le predette linee di indirizzo si potranno creare le condizioni per una diversa organizzazione del lavoro in ospedale e i presupposti per il raggruppamento di unità specialistiche affini e complementari in aree dipartimentali, conseguendo l'obiettivo del trattamento globale del malato 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.

Va tenuto presente in proposito che i presupposti concettuali ed operativi dell'organizzazione interna dell'ospedale su base dipartimentale postulano che al dipartimento vengano attribuiti spazi di autogoverno con potestà reali, da esercitarsi per il perseguimento di obiettivi ben individuati.

Per assicurare unitarietà operativa al complesso « sistema ospedaliero » non si può prescindere dalla presenza all'interno dell'ospedale di una direzione tecnico-sanitaria responsabile dell'organizzazione complessiva, che si renda garante della continuità delle cure e delle condizioni generali di mantenimento e di trattamento globale del malato affidato alla struttura, attraverso il coordinamento tra le attività cliniche e le attività scientifiche, la integrazione tra i vari servizi di diagnosi e cura ed il raccordo con settori di attività molto diverse (uffici amministrativi di supporto, servizi tecnici ed economici, servizi generali), che hanno ognuno una pro-

pria specificità, una propria finalità e proprie esigenze operative, ma che concorrono tutti all'esercizio delle funzioni assistenziali.

Per una maggiore responsabilizzazione dei medici ospedalieri nella gestione e organizzazione interna dell'ospedale, è necessario costituire in ogni ospedale, nell'ambito degli organi consultivi previsti dalla legge, una commissione medica consultiva, composta dai dirigenti coordinatori delle aree dipartimentali e da una rappresentanza dei responsabili delle unità specialistiche e dei servizi speciali dell'ospedale.

Negli ospedali più complessi e investiti di funzioni multizonali, alla commissione medica consultiva, presieduta dal direttore sanitario, saranno affidati compiti propositivi e consultivi obbligatori, sulle più importanti questioni relative alla gestione tecnica e alla organizzazione operativa dell'ospedale, nonché compiti specifici per il controllo delle prestazioni mediche, ai fini della valutazione della efficienza dei servizi e del rapporto costi-efficacia.

L'articolo 6 del disegno di legge tende a risolvere il problema dei servizi e presidi multizonali introducendo una definizione chiara e precisa degli stessi e stabilendo pure gli ambiti entro i quali la legge regionale ne regola l'attività.

Tale previsione dovrebbe risolvere il problema delle modalità organizzative e dell'attuazione degli interventi del presidio o servizio multizonale il quale dovrà porsi come effettivo punto di riferimento organizzativo per la gestione di attività che interessano o il territorio regionale e nazionale o comunque più unità sanitarie locali.

Sui presidi e servizi multizonali dovranno attentamente e puntualmente intervenire la legislazione e la programmazione regionale per fare in modo che essi da una parte mantengano la loro attività all'interno dell'organizzazione dell'unità sanitaria locale e dall'altra esplichino la loro funzione multizonale secondo programmi a livello regionale e nazionale che ne fissino gli obiettivi e gli ambiti di competenza anche al di fuori della stretta competenza dell'unità sanitaria locale, ma sotto il controllo politico e gestionale di questa.

Conseguenza di questi concetti è anche la previsione di uno specifico finanziamento che dovrà essere indicato dalla regione nell'ambito del complessivo finanziamento dell'unità sanitaria locale competente, alla quale dovrà essere imposta una particolare ed autonoma gestione di tale finanziamento.

All'interno della struttura multizonale, poi, è stata prevista la costituzione di organi che ne garantiscano, nell'ambito dell'autonomia tecnico-funzionale, l'esercizio della particolare funzione ad essa assegnata.

In tal modo sembra ai proponenti che possa venir fatta chiarezza sul problema della gestione dei presidi e servizi multizonali in quanto viene agli stessi riconosciuta la specificità delle competenze, l'ampiezza delle attività anche al di fuori dell'unità sanitaria locale, lasciando nel contempo all'unità sanitaria locale stessa l'autonoma gestione delle modalità per raggiungere gli obiettivi assegnati.

L'articolo 7 della proposta intende inserire una previsione collegata con la riforma delle autonomie locali e cioè l'indicazione della possibilità che le unità sanitarie locali interessanti un'area metropolitana abbiano, soprattutto nel settore delle funzioni di igiene e sanità pubblica e di igiene e medicina del lavoro, ampia possibilità di articolazione territoriale delle loro competenze.

Gli articoli 8, 9 e 10 affrontano i temi dei controlli, della contabilità e dei finanziamenti delle unità sanitarie locali, proponendo modifiche agli articoli 49, 50 e 51 della legge n. 833 del 1978.

In tema di controlli sugli atti dell'unità sanitaria locale, la modifica dei primi tre commi dell'articolo 49 prevede che questi vengano effettuati dal comitato regionale di controllo limitatamente agli atti dell'assemblea del consiglio di amministrazione.

Sono stati invece definiti precisi poteri ispettivi regionali con l'attribuzione della facoltà di adottare idonee misure sostitutive in caso di inerzia degli organi di amministrazione dell'unità sanitaria locale.

È stato pure previsto il potere di scioglimento degli organi dell'unità sanitaria locale, in caso di gravi e ripetute violazioni delle

prescrizioni di legge, di piano o delle direttive regionali.

Le proposte di modifica relative agli ultimi due commi dell'articolo 49 mirano a dettare una disciplina più adeguata e organica in ordine alla formazione delle relazioni annuali sui livelli assistenziali raggiunti e sulle esigenze che si sono manifestate nell'esercizio; relazioni che, partendo dalle unità sanitarie locali, sono poi destinate a trovare un primo momento di sintesi e di integrazione nelle regioni e a costituire, successivamente, il nucleo essenziale della relazione annuale sullo stato sanitario del Paese prevista dall'articolo 8 — terzo comma — della stessa legge n. 833 del 1978. A tale scopo, vengono individuati con maggiore precisione i soggetti tenuti alla presentazione della relazione, vengono definite le varie fasi e stabiliti i termini dei relativi adempimenti. Risultano così superati taluni ostacoli di carattere interpretativo contenuti nelle disposizioni da modificare che prevedono genericamente la formazione della relazione da parte dei comuni singoli o associati e comunità montane da allegare al bilancio delle unità sanitarie locali e da presentare annualmente al presidente della giunta regionale. Tali ostacoli, che si rinvenivano anche nel riferimento al riepilogo dei conti consuntivi delle unità sanitarie locali, contenuto nell'ultimo comma della disposizione in esame, hanno concorso ad impedire di fatto la tempestiva elaborazione di questi importanti strumenti conoscitivi della realtà sanitaria.

Lo schema derivante dalla proposta di modifica è il seguente:

— presentazione delle relazioni alla regione da parte delle unità sanitarie locali entro il 28 febbraio, allo scopo di consentire che si esprima al riguardo il parere dei comuni;

— presentazione della relazione del presidente della giunta regionale al consiglio entro il 31 marzo successivo;

— trasmissione di detta relazione ai competenti Ministeri entro il 10 aprile, inviando, in allegato, non il riepilogo dei conti consuntivi delle unità sanitarie locali che non

sono ancora definiti a quella data, bensì il riepilogo dei rendiconti attinenti all'ultimo trimestre del precedente esercizio di cui all'articolo 50 — secondo comma — della stessa legge n. 833 del 1978.

Data la formulazione progressiva dei rendiconti trimestrali, l'ultimo rendiconto conterrà i dati concernenti la gestione dell'intero anno.

Lo schema procedurale proposto implica una stretta connessione tra le metodologie di elaborazione delle relazioni da adottare a livello locale, regionale e nazionale affinché le relazioni stesse siano significative e omogenee. Occorrerà inoltre spostare in avanti il termine previsto dal citato articolo 8, terzo comma, della legge n. 833 del 1978.

Le proposte di modifica da introdurre all'articolo 50 riguardano due aspetti:

da un lato, mirano ad affinare talune disposizioni di carattere più strettamente procedurale, ferma restando l'impostazione di base della norma che affida sostanzialmente alle regioni la disciplina dell'ordinamento contabile delle unità sanitarie locali. Tale disciplina si è già interamente realizzata, in maniera molto ampia ed articolata, nelle leggi emanate da tutte le regioni negli anni 1980 e 1981;

d'altro lato, mirano a introdurre soluzione di carattere stabile allo spinoso problema del ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali.

Rientrano sotto il primo aspetto le proposte relative ai soggetti incaricati di effettuare le verifiche di cassa (secondo comma), che vengono individuati nei naturali organi di controllo interno (collegio dei revisori), nonché quelle rivolte a ridisegnare il rapporto tra unità sanitarie locali e comuni per quanto riguarda il collegamento delle relative contabilità. In quest'ultimo caso (sesto comma), la soluzione proposta non è comunque quella di fare riferimento a nessi di carattere formale, bensì di recuperare l'apporto decisionale dei comuni medesimi, sia pure sotto forma di parere obbligatorio, nel processo di formazione dei due

strumenti fondamentali di contabilità che sono il bilancio di previsione ed il conto consuntivo.

Il secondo aspetto, indubbiamente di maggior rilievo e oggettivamente complesso, tiene conto delle elaborazioni e tendenze che hanno fatto finora oscillare l'onere del ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali tra le regioni (vedi legge finanziaria 1984) ed i comuni (vedi soluzione implicita nell'ultimo comma dell'articolo 50 della legge n. 833 del 1978).

La modifica proposta al riguardo tende a ricercare una via intermedia. Un primo momento è caratterizzato dall'analisi dettagliata delle cause che hanno provocato il disavanzo e che viene attribuita al collegio dei revisori in prima istanza e successivamente all'assemblea. Ricercate e analizzate le cause, il presidente dell'unità sanitaria locale promuoverà tutte le misure di carattere organizzativo, finanziario e amministrativo occorrenti per riportare la gestione in equilibrio, su indicazione tecnica del collegio dei revisori. Il ripiano del disavanzo potrà essere assicurato attraverso il concorso finanziario della stessa unità sanitaria locale (riduzione di spese) o dei comuni e della regione (maggiori assegnazioni) previsto in misura variabile, sia pure entro limiti particolari di intervento, allo scopo di coinvolgere la periferia nella responsabilità non solo della spesa, ma anche dell'entrata ed al fine di assicurare un sufficiente grado di flessibilità alle relative decisioni.

Nell'ambito di tale pluralità di interventi e nell'ottica di assicurare pure un alto grado di qualificazione del servizio, è stato previsto che l'integrazione da parte della regione possa venire effettuata anche mediante l'attuazione di poteri fiscali impositivi.

Quasi completamente nuova è la formulazione dell'articolo 51 relativo al finanziamento del servizio sanitario nazionale e, in particolare, alle modalità di determinazione e di riparto del fondo sanitario nazionale.

Il primo comma mira a tradurre in termini finanziari e di decisioni di bilancio il collegamento tra obiettivi e risorse che è alla base dell'intero sistema della programmazione sanitaria.

La determinazione del fondo sanitario nazionale nel medio periodo (tre anni) e nell'arco annuale viene così agganciata ai nuovi strumenti di contabilità pubblica introdotti con la riforma del 1978 e che consistono, rispettivamente, nel bilancio pluriennale dello Stato e nella legge finanziaria. Qualora continui a mancare il piano sanitario nazionale, l'individuazione degli obiettivi è riferita alla relazione previsionale e programmatica che, come è noto, espone il quadro economico generale e indica gli indirizzi della politica economica nazionale ed i conseguenti obiettivi programmatici, con riferimento all'intero settore pubblico allargato (vedi articolo 15, terzo comma, legge 5 agosto 1978, n. 468).

Viene altresì confermata l'attuale distinzione fra fondo sanitario nazionale — parte corrente — e fondo sanitario nazionale — parte in conto capitale — da iscrivere in due diversi capitoli del bilancio dello Stato.

Il secondo comma prevede la procedura di assegnazione e i criteri di ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le regioni.

Sul primo punto, viene confermata l'opportunità di stabilire un termine (31 ottobre) per la determinazione da parte del CIPE dei fondi da assegnare, in modo da consentire la tempestiva formazione dei bilanci da parte delle unità sanitarie locali. Tale esigenza ha già formato oggetto di disciplina nell'articolo 19 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638, per cui ora si tratta soltanto di procedere ad una più organica collocazione della norma vigente.

È importante sottolineare che la determinazione del CIPE deve avvenire con riferimento all'intero anno procedendo poi, in esecuzione di detto provvedimento, agli accrediti trimestrali in favore delle regioni da parte dei soli Ministeri competenti, così come stabilito dal successivo terzo comma.

Ciò allo scopo di evitare la prassi in atto consistente nel ripetere più volte la lunga e complessa procedura nel corso dell'anno (proposta del Ministro della sanità, parere del Consiglio sanitario nazionale, determinazione del CIPE, emanazione del decreto ministeriale, registrazione della Corte dei

conti, eccetera) con conseguenti gravissimi ritardi nell'assegnazione dei fondi alle regioni.

Per quanto riguarda i criteri di ripartizione del fondo sanitario nazionale si è ritenuto opportuno proporre, anche in base alla esperienza maturata in questi anni e alle più recenti indicazioni interregionali, criteri chiari di agevole applicazione che siano già in gran parte predeterminati in sede legislativa e corrispondenti alle finalità proprie dei diversi tipi di finanziamento.

In tale quadro, si prevede di dividere il fondo sanitario nazionale di parte corrente in due quote in funzione della più moderna e avanzata classificazione della spesa pubblica in « spese di mantenimento » e « spese di sviluppo ». Le prime sono quelle destinate ad assicurare la continuità delle prestazioni sanitarie ai livelli previsti dalla normativa vigente; le seconde sono quelle destinate a consentire l'attivazione ed il finanziamento di nuove strutture e la realizzazione di progetti rivolti ad elevare i livelli delle prestazioni sanitarie, in termini quantitativi e qualitativi, rispetto alla situazione esistente.

Da questa diversa finalità della spesa, discendono differenti criteri di riparto individuati come segue:

popolazione presente ai fini sanitari, per la quota del fondo sanitario nazionale — parte corrente — destinata alle spese di mantenimento;

parametri oggettivi e specifici dell'attività da finanziare, con tendenza al riequilibrio delle strutture e delle prestazioni nel territorio, per la quota del fondo sanitario nazionale — parte corrente destinata alle spese di sviluppo.

Tutto questo viene integrato dalla previsione della cosiddetta « mobilità sanitaria » e cioè dalla compensazione, a livello centrale, fra le regioni, delle quote relative alla spedalizzazione dei propri cittadini — distinta in attività di base, specialistica o di alta specializzazione — che ricorrono a strutture di altra regione.

Più articolata si manifesta la proposta di ripartizione del fondo sanitario nazionale

— parte in conto capitale — che riprende talune indicazioni introdotte nell'articolo 25 della recente legge 27 dicembre 1983, n. 730, (legge finanziaria 1984).

Viene previsto infatti di dividere detta parte in tre quote:

a) la prima destinata a finanziare spese per investimenti di mantenimento;

b) la seconda per investimenti di innovazione;

c) la terza per investimenti di trasformazione e riconversione delle strutture ospedaliere.

Anche in questo caso, i criteri proposti di ripartizione dei fondi tra le regioni riflettono le diverse finalità del finanziamento.

In particolare:

a') la quota *sub a*), essendo destinata a mantenere le strutture sanitarie ai normali livelli di esercizio e funzionamento, viene commisurata per due terzi alle strutture ospedaliere, utilizzando il parametro dei posti-letto entro il limite massimo del sei per mille e con riduzione progressiva per l'eccedenza.

Il restante terzo tiene conto delle strutture sanitarie non ospedaliere per le quali, data la difficoltà di poter disporre di dati fisici attendibili, viene proposto di assumere il parametro indiretto della popolazione che si avvale di dette strutture;

b') per la ripartizione della quota *sub b*), interamente destinata alle innovazioni, viene proposto un criterio fortemente perequativo, basato sul reciproco del reddito *pro capite* regionale; criterio indicato dalle regioni nel disegno di legge di riforma della finanza regionale con riferimento ad una parte del fondo per il finanziamento dei programmi regionali di sviluppo. Tale soluzione dovrebbe pertanto consentire di accelerare il processo di riequilibrio strutturale in campo sanitario;

c') la quota *sub c*), essendo destinata a finanziare spese di trasformazione e di riconversione di strutture ospedaliere, non può che riguardare, almeno inizialmente, quelle regioni che hanno un indice di posti-letto superiore al sei per mille. Viene così

proposto che l'assegnazione sia effettuata su presentazione di specifici progetti e rigorosamente vincolata alla realizzazione dei medesimi.

Per quanto riguarda infine la ripartizione e l'assegnazione delle quote del fondo sanitario nazionale dalle regioni alle unità sanitarie locali (commi quinto e sesto) viene sostanzialmente confermata l'analoga normativa contenuta nell'articolo 51 della legge n. 833 del 1978 con talune precisazioni. Queste ultime riguardano, in particolare, la necessità di assicurare, anche a livello di unità sanitaria locale, il rispetto dei vincoli dei finanziamenti in conto capitale e di imporre alle regioni un termine (20 novembre) per comunicare alle unità sanitarie locali le assegnazioni loro spettanti per l'anno successivo, allo scopo di consentire la tempestiva formazione dei bilanci di previsione. Anche in questo caso si tratta soltanto di dare una collocazione più organica ad una disposizione già prevista dalla normativa vigente (vedi articolo 19, secondo comma, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638).

Al medesimo scopo mira il successivo sesto comma che, nel regolare il trasferimento delle quote del fondo sanitario nazionale dalle regioni alle unità sanitarie locali, richiama le modalità procedurali, già in vigore, stabilite dall'articolo 35 della legge 30 marzo 1981, n. 119.

Gli articoli 11 e 12 del disegno di legge intendono operare una scelta coerente rispetto alla definizione di azienda speciale con propria personalità giuridica attribuita alla unità sanitaria locale, modificando di conseguenza il regime patrimoniale previsto dalla legge n. 833 del 1978.

Una volta riconosciuta alle unità sanitarie locali la personalità giuridica e l'autonomia gestionale non può non attribuirsi alle stesse anche la titolarità della proprietà dei beni mobili ed immobili, sia quelli futuri che entreranno nel suo patrimonio, sia soprattutto quelli provenienti dagli enti in esse confluiti e che già erano stati attribuiti ai comuni nel cui territorio erano collocati.

Peraltro la previsione contenuta negli articoli 65 e 66 della legge n. 833 del 1978 aveva sollevato molte questioni in ordine alla sua applicazione e molte controversie tra gli enti pubblici.

Infatti, l'attribuzione della titolarità dei beni mobili ed immobili ai comuni, ancorchè con destinazione vincolata alle unità sanitarie locali, è stata di difficile applicazione e sostanzialmente ha sottratto alle unità sanitarie stesse la possibilità di gestire ai propri specifici fini capacità patrimoniali anche notevoli.

L'attribuzione *tout court* della titolarità di tali beni alle unità sanitarie locali pone ordine nella materia e risolve definitivamente ogni questione.

Dopo aver indicato la specifica modifica ad alcuni articoli della legge n. 833 del 1978 la presente proposta intende sottoporre all'attenzione dei colleghi due importanti deleghe da attribuire al Governo per il riassetto della riforma sanitaria.

L'articolo 13 del disegno di legge prevede, infatti, l'attribuzione al Governo della delega per il riordino e la ristrutturazione del Ministero della sanità e del Consiglio sanitario nazionale.

Tale delega è ritenuta essenziale per poter definitivamente articolare, a livello centrale, le strutture fondamentali per l'attuazione della riforma, prima fra tutte il Ministero della sanità.

L'esperienza di questi anni di attuazione della riforma ha posto in rilievo come spesso a livello centrale si siano verificati disarticolazioni e contrasti fra Ministeri e fra strutture degli stessi Ministeri, generando, oltre che confusione nell'attribuzione delle competenze, anche ricorrenti ritardi e discrasie nella gestione dei servizi.

Come è stato più volte sottolineato dai rappresentanti, non solo del potere centrale, ma anche del potere locale — soprattutto regionale —, è necessario che il Ministero della sanità sia costituito come unico punto di riferimento per la gestione del servizio sanitario nazionale, riaffermando la competenza unitaria di detto Ministero per tutte le materie che ineriscono a tale servizio, comprese l'individuazione e la gestione del

fabbisogno finanziario e l'adozione e l'interpretazione della normativa contrattuale del personale delle unità sanitarie locali.

In questi ultimi anni si è visto, infatti, un sovrapporsi di competenze con altri Ministeri, specie con il Ministero del tesoro e con quello della funzione pubblica, i quali hanno coltivato la tendenza a sostituirsi in modo esclusivo ed autonomo nelle funzioni specifiche del Ministero della sanità in materia.

Sembra ai proponenti che la gestione della sanità a livello centrale debba essere effettuata con una visione globale degli interventi e delle singole materie che ad essi ineriscono: in altri termini non sembra opportuno e corretto che la gestione del servizio sanitario nazionale debba continuare a dipendere da tre diversi centri di competenza, fra loro spesso non coordinati.

Anche il ruolo istituzionale del Consiglio sanitario nazionale deve essere rivalutato facendo dello stesso una struttura consultiva del Ministero della sanità anche al fine di stimolare l'attività propositiva del Governo nei confronti del Parlamento sulle più importanti questioni riguardanti la tutela della salute.

I proponenti in tal senso ritengono che anche un aggiustamento della composizione di tale Consiglio possa agevolare l'effettiva attuazione di tali importanti funzioni.

L'articolo 14, poi, propone una seconda delega al Governo per modificare, integrare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di ordinamento del personale del servizio sanitario nazionale, soprattutto per quanto concerne gli istituti previsti dall'articolo 2 della legge 29 marzo 1983, n. 93, compresa la disciplina dei concorsi, nel rispetto dei principi contenuti nella legge n. 833 del 1978.

I principi ed i criteri direttivi che vengono dettati nel disegno di legge per stabilire i limiti e gli indirizzi della delega al Governo si riferiscono soprattutto alla necessità di rivedere certe modalità del rapporto di lavoro del personale del servizio sanitario nazionale, in particolare per quanto riguarda il personale medico.

Innanzitutto si è voluto stabilire che, nell'ambito del comparto particolare che, ai sensi della legge 29 marzo 1983, n. 93, il personale dei ruoli regionali del servizio sanitario nazionale è destinato a costituire, viene previsto un distinto ruolo per il personale medico con l'individuazione di specifici istituti normativi in rapporto alla peculiarità delle prestazioni e delle responsabilità mediche ai vari livelli.

L'esigenza di individuare norme specifiche, nell'ambito del generale ordinamento del personale del servizio sanitario nazionale, per regolamentare il rapporto di lavoro del personale medico è ormai sentita da tempo ed è più volte emersa nel corso della indagine conoscitiva effettuata dalla Commissione sanità del Senato.

Sembra ai proponenti che questo tema della riforma vada affrontato tenendo conto della centralità del ruolo del medico nella attività del servizio sanitario nazionale. Tale centralità connota la specialità del rapporto che il personale medico intrattiene con l'istituzione sanitaria, rapporto che deve trovare una sua considerazione specifica, pur nell'ambito di una necessaria visione unitaria del complessivo trattamento giuridico ed economico del personale.

È necessario recuperare ai migliori livelli le professionalità mediche, anche per recuperare un certo disimpegno, che è purtroppo riscontrabile anche presso il restante personale, provocato da una recente normativa non sempre attenta alle necessità di stimolare il raggiungimento dei migliori livelli nell'ambito dell'attività sanitaria.

Vero è, peraltro, che la previsione di un distinto ruolo per il personale medico, con tutte le conseguenze di carattere contrattuale che esso comporta, non può prescindere dalla chiara e precisa fissazione di particolari doveri che il medico deve assumere nei confronti della istituzione sia in ordine alle garanzie che esso deve prestare di professionalità e qualificazione, sia in ordine alle modalità dell'esercizio della propria attività professionale che deve tendere ad essere esclusivamente dedicata all'ente pubblico.

Su questi presupposti ritengono i proponenti che il rapporto con il personale medico del servizio sanitario nazionale possa essere recuperato con la effettiva partecipazione del personale stesso alla gestione delle attività sanitarie avviando modelli di alta qualificazione professionale.

La delega al Governo prevista nell'articolo in esame deve poi estendersi anche al regolamento del restante personale del servizio sanitario nazionale ed alla gestione della pianta organica che viene attribuita come competenza esclusiva al consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale, nel rispetto delle previsioni e delle prescrizioni del piano sanitario nazionale e regionale.

Tale scelta implica la revisione di tutta la normativa prevista dal decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1980 e della conseguente normativa relativa ai concorsi per adattarla ad una gestione più aderente alle esigenze di tempestività nella copertura dei posti in organico e soprattutto alla necessità di acquisire ai ruoli della sanità personale qualificato e di sicura professionalità.

Alcune norme transitorie infine tendono a regolamentare e semplificare l'applicazione del disegno di legge, in caso di sua approvazione.

I proponenti si rendono conto di non avere con il disegno di legge in esame risolto tutti i gravosi problemi che si presentano oggi all'attenzione del Parlamento e del Paese in tema di attuazione della riforma sanitaria.

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

Su queste proposte l'integrazione è auspicabile e necessaria. Essa scaturirà dal libero ed approfondito confronto fra le forze politiche che i proponenti si augurano venga al più presto avviato nelle Commissioni di merito.

Il dibattito che in questi anni si è svolto nel Paese a tutti i livelli ed anche nel Parlamento troverà quindi un momento conclusivo in una normativa che potrà accogliere le nuove idee maturate in cinque anni di esperienza riformatrice.

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

Le scelte proponibili sono, in proposito, varie e numerose. Ma qualunque scelta si faccia, è necessario operare con chiarezza ed anche con tempestività, perchè sottrarsi o ritardare l'impegno di por mano urgentemente alla revisione delle strutture gestionali previste dalla legge n. 833 del 1978 significa in effetti vanificare la riforma, svuotarla dei suoi contenuti ed eludere, in definitiva, la grande attesa del Paese, soprattutto dei più deboli, dando ragione ai profeti di sventura che già preconizzano il definitivo sfascio delle nostre istituzioni sanitarie.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

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

« 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 speciali, nelle forme e nei limiti stabiliti dalla presente legge, dotate di personalità giuridica e di autonomia gestionale, mediante le quali i comuni, singoli o uniti in associazione obbligatoria, e le comunità montane 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 di cui alla presente legge.

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

4. Allo scopo di assicurare l'unitarietà degli interventi secondo criteri di continuità terapeutica; di garantire operativamente la gestione coordinata ed integrata dei servizi delle unità sanitarie locali con i servizi sociali esistenti nel territorio, nonchè 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, nonchè 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 ».

Art. 2.

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

« 1. Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato e alle regioni.

2. Restano ferme le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale. Per l'esercizio di tali attribuzioni, nonchè 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 delle comunità montane, se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'unità sanitaria locale, o l'assemblea della associazione intercomunale obbligatoria, se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale corrisponde a quello complessivo dei comuni associati, ha la competenza dell'approvazione dei bilanci di previsione e dei conti consuntivi dell'unità sanitaria locale ed esercita tutte le altre competenze stabilite dalla presente legge.

4. L'assemblea dell'associazione intercomunale obbligatoria è composta da un minimo di 19 ad un massimo di 25 membri, scelti tra i consiglieri dei comuni che compongono l'associazione e tra i consiglieri delle circoscrizioni comunali eletti ai sensi del primo e del secondo comma dell'articolo 3 della legge 8 aprile 1976, n. 278, ed eletta in assemblea plenaria e congiunta dai consiglieri comunali dei comuni partecipanti.

5. La legge regionale stabilisce la composizione dell'assemblea dell'associazione intercomunale obbligatoria in base alla estensione territoriale dell'unità sanitaria locale ed al numero dei comuni partecipanti, il relativo sistema elettorale, prevedendo la costituzione di un collegio elettorale unico formato dai consiglieri in carica dei comuni associati e garantendo la rappresentanza proporzionale dei gruppi politici presenti nei consigli stessi, nonché la durata in carica dei componenti che non può comunque superare il quinquennio.

6. Entro il 31 marzo di ciascun anno, il presidente dell'unità sanitaria locale sottopone ai sindaci dei comuni del territorio di appartenenza, convocati in seduta comune con l'assemblea dell'associazione o della comunità montana, la relazione sull'andamento dei servizi dell'unità sanitaria locale e sulla situazione finanziaria della stessa, indicando pure le previsioni per lo sviluppo delle attività di competenza. In tale sede i sindaci e le assemblee esprimono il proprio parere e formulano indirizzi e proposte in relazione alle esigenze del territorio in materia sanitaria.

7. La legge regionale stabilisce le modalità di coordinamento e di integrazione dei servizi sociali con i servizi sanitari, individuando nel piano regionale i servizi sociali la cui gestione viene affidata alle unità sanitarie locali, tenendo conto della dimensione dei comuni e della complessità tecnica dei servizi e facendosi completamente carico del relativo finanziamento.

8. I comuni possono, altresì, delegare la gestione di funzioni proprie socio-assistenziali all'unità sanitaria locale. In tal caso i

comuni sono tenuti a conferire all'unità sanitaria locale le risorse proprie o assegnate dallo Stato per il finanziamento dei servizi sociali gestiti dall'unità sanitaria locale stessa.

9. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per la gestione delle funzioni socio-assistenziali loro delegate ».

Art. 3.

Il comma primo dell'articolo 14 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

« 1. L'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola non inferiori a 50.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona ».

Il secondo comma del medesimo articolo è soppresso.

Art. 4.

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

« 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) l'ufficio di direzione.

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

3. Il consiglio di amministrazione, composto da un minimo di cinque ad un massimo di sette membri, secondo la dimensione dell'unità sanitaria locale, è eletto 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, tra cittadini italiani aventi specifiche esperienze di amministrazione e direzione nel settore pubblico o privato.

4. Qualora nell'ambito dell'unità sanitaria locale operino uno o più presidi o servizi multizonali di cui all'articolo 18 della presente legge, il consiglio di amministrazione è composto da nove membri, dei quali sei sono eletti come previsto dal precedente comma e tre sono eletti dal consiglio regionale con le modalità di cui allo stesso comma.

5. 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.

6. Il consiglio di amministrazione predispone 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, le piante organiche e le altre norme organizzative generali; approva le convenzioni ed i contratti di durata pluriennale, gli acquisti e le alienazioni di beni immobili, le liti attive e passive, la nomina dei direttori generali amministrativo e sanitario e, su proposta di questi, la preposizione di dirigenti ai servizi, secondo le modalità ed i requisiti stabiliti dalla legge, e la loro eventuale revoca anticipata, nonchè l'assunzione e la nomina del restante personale.

7. Il consiglio di amministrazione emana direttive vincolanti per l'attività dell'ufficio di direzione ed adotta, secondo le modalità stabilite dalla legge regionale, le misure anche di annullamento o di revoca degli atti da questo compiuti.

8. Il consiglio di amministrazione opera collegialmente e le norme di funzionamento dello stesso non possono prevedere l'attribuzione di funzioni specifiche, salvo le funzioni vicarie del presidente, a singoli com-

ponenti o a gruppi di componenti del consiglio stesso. Il consiglio può tuttavia attribuire, di volta in volta, a ciascun componente, incarichi specifici di relazione su particolari affari od argomenti.

9. 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.

10. Il presidente del consiglio di amministrazione è eletto dal consiglio stesso al suo interno a maggioranza assoluta dei componenti con votazione a scheda segreta.

11. Il presidente ha la legale rappresentanza dell'unità sanitaria locale; convoca e presiede il consiglio di amministrazione e ne coordina l'attività; firma gli atti che comportano impegno di spesa; sovrintende al buon funzionamento della gestione complessiva dell'unità sanitaria locale.

12. 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.

13. 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 e dall'assemblea ed uno, con funzioni di presidente, dalla giunta regionale.

14. Il collegio dei revisori ha compiti di verifica e controllo contabile e gestionale, nonché di consulenza ed assistenza, a richiesta degli organi ed uffici competenti della unità sanitaria locale, al fine di favorire la migliore conduzione dell'unità sanitaria locale stessa secondo criteri di economicità ed efficienza.

15. Il presidente del collegio dei revisori partecipa, con voto consultivo, alle sedute del consiglio di amministrazione in sede di adozione delle deliberazioni di predisposi-

zione dei bilanci e dei conti consuntivi ed ogni qualvolta ne sia richiesto dal presidente del consiglio di amministrazione stesso.

16. 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 trimestrale sulla gestione amministrativo-contabile della unità sanitaria locale da trasmettere alla regione ed ai Ministeri della sanità e del tesoro.

17. L'ufficio di direzione è composto dal direttore generale amministrativo laureato in discipline giuridiche od economiche e dal direttore generale sanitario laureato in medicina e chirurgia.

18. I direttori generali sono nominati dal consiglio di amministrazione per la durata di tre anni e possono essere rinnovati.

19. Il consiglio di amministrazione, su proposta del presidente, può deliberare, con atto motivato, la revoca anticipata di ciascun direttore generale in caso di gravi inadempienze tali da compromettere la normale gestione dell'azienda ed il normale funzionamento tecnico-sanitario dei servizi.

20. La legge regionale fissa le modalità ed i requisiti per la nomina ed il trattamento economico speciale dei direttori generali stabilendo che essi possono essere scelti, secondo particolari criteri di professionalità, di esperienza e capacità manageriali, tra funzionari del ruolo amministrativo e sanitario appartenenti alla posizione funzionale apicale, oppure tra funzionari dirigenti appartenenti ai ruoli della pubblica Amministrazione, o tra dirigenti aziendali con esperienza almeno decennale, anche non appartenenti alla pubblica Amministrazione.

21. Per la durata dell'incarico i funzionari dello Stato e degli enti pubblici sono collocati fuori ruolo, conservando il trattamento previdenziale attribuito alla qualifica di appartenenza. Il Ministro del tesoro adotta i provvedimenti necessari per garantire la continuità del trattamento previdenziale di cui sopra.

22. L'ufficio di direzione dirige e sovrintende all'attività aziendale in conformità al-

le direttive vincolanti del consiglio di amministrazione, adottando provvedimenti congiunti dei direttori generali amministrativo e sanitario, fatte salve le competenze rispettive del direttore generale amministrativo e del direttore generale sanitario stabilite dai successivi commi.

23. Nell'ambito dell'ufficio di direzione il direttore generale amministrativo ed il direttore generale sanitario coordinano reciprocamente le rispettive competenze. Il direttore generale amministrativo ha in particolare la competenza e la responsabilità dell'organizzazione e della direzione delle attività amministrative della unità sanitaria locale, che esercita impartendo ordini e direttive ai servizi amministrativi che da lui dipendono, per il tramite dei rispettivi responsabili. È preposto al personale dei servizi amministrativi e cura l'amministrazione di tutto il personale dipendente o convenzionato sotto l'aspetto economico e giuridico, adottando gli atti e provvedimenti dovuti in applicazione di leggi, regolamenti, convenzioni e contratti.

Egli adotta pure, 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; assume pure la responsabilità della gestione delle procedure relative ad acquisti di beni e servizi ed alla emanazione degli atti di contabilità.

24. Il direttore generale sanitario ha in particolare la competenza e la responsabilità della organizzazione e della direzione delle attività sanitarie della unità sanitaria locale, che esercita impartendo ordini e direttive ai servizi sanitari e ai presidi, per il tramite dei rispettivi responsabili. È preposto a tutto il personale addetto ai servizi sanitari. Egli adotta pure tutti gli atti e provvedimenti in materia che non siano riservati al consiglio di amministrazione o non siano attribuiti ai singoli dirigenti di servizio o di presidio. Esprime parere sulla scelta delle apparecchiature sanitarie e sulle solu-

zioni tecniche nella progettazione di interventi edilizi. Promuove e coordina i controlli di efficienza dei servizi e di efficacia delle prestazioni, nonché le iniziative nel campo della medicina sociale, educazione sanitaria, formazione e aggiornamento del personale da lui dipendente.

25. Gli atti emanati dall'ufficio di direzione e dai suoi componenti sono esecutivi.

Il presidente può tuttavia richiedere la trasmissione al consiglio di amministrazione di quegli atti per i quali ravvisi fondati motivi di illegittimità o di inopportunità per gli eventuali provvedimenti rispettivamente di annullamento o revoca.

26. I componenti dell'ufficio di direzione partecipano alle sedute del consiglio di amministrazione, esprimendo voto consultivo su tutti i provvedimenti adottati dallo stesso.

27. L'organizzazione delle unità sanitarie locali si struttura in servizi amministrativi e servizi sanitari ai quali è garantita l'autonomia tecnico-funzionale mediante la attribuzione di funzioni e responsabilità proprie ai dirigenti.

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

- affari generali e affari legali;
- gestione del personale;
- attività di informatica;
- attività economico-finanziaria;
- attività di amministrazione del provveditorato-economato;
- attività tecnica e gestione dei servizi tecnologici.

I servizi sanitari assolvono alle funzioni previste al terzo comma dell'articolo 14 della presente legge ed in particolare sono riferiti alle seguenti aree:

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

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.

29. 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 2 ad un massimo di 5 servizi amministrativi e da un minimo di 2 ad un massimo di 5 servizi sanitari, definendone gli ambiti di competenza e di attività, nonché le modalità di articolazione.

30. I servizi sanitari possono costituirsi in dipartimenti o in aree di intervento ed articolarsi al loro interno in unità operative. I servizi amministrativi possono pure articolarsi al loro interno in uffici.

31. 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.

32. L'ufficio di direzione 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.

33. La legge regionale stabilisce le materie sulle quali la conferenza dei dirigenti esprime all'ufficio di direzione parere obbligatorio.

34. La nomina dei responsabili dei servizi è effettuata dal consiglio di amministrazione, su proposta del direttore generale amministrativo o del direttore generale sanitario ed è conferita per la durata di 3 anni con possibilità di conferma.

35. Ai responsabili dei servizi dell'unità sanitaria locale è attribuita, per la durata dell'incarico, una speciale indennità di funzione da stabilirsi con legge regionale e gli stessi sono sollevati, a loro richiesta e su conforme parere del direttore generale amministrativo o sanitario in relazione alle rispettive competenze, dall'espletamento della funzione del ruolo di appartenenza ».

Art. 5.

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

« 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. Il Governo è delegato ad emanare entro il 31 dicembre 1985, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dei lavori pubblici, un decreto avente valore di legge ordinaria per disciplinare i criteri generali per la regolamentazione da parte delle regioni dell'ordinamento interno degli ospedali, nonchè le caratteristiche strutturali degli stessi, con particolare riguardo alla sicurezza degli impianti, nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) articolazione dell'attività medico-chirurgica in unità operative generali e specialistiche di diagnosi e cura corrispondenti alle varie discipline afferenti alle aree funzionali in medicina, chirurgia, prevenzione e sanità pubblica, 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 e 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) struttura delle degenze ospedaliere in sezioni di ricovero e settori di specializzazione diurna intesi come unità funzionali assistenziali anche plurispecialistiche, dimensionate in rapporto al grado di intensità delle esigenze assistenziali;

c) inserimento nell'ospedale generale degli specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura di cui all'ultimo comma dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

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 del malato 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 ne risponde al direttore generale sanitario, avvalendosi di una commissione medico-consultiva da lui presieduta e costituita dai dirigenti coordinatori delle aree dipartimentali e da una rappresentanza di responsabili delle unità specialistiche delle aree funzionali di medicina e di chirurgia;

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 amministrativo dell'unità sanitaria locale;

g) previsione di specifici finanziamenti e corrispondenti centri di costo per le aree dipartimentali.

3. Fino all'entrata in vigore della legislazione delegata di cui al precedente comma, gli ospedali debbono essere comunque dotati dei requisiti minimi di cui all'articolo 19, primo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132 ».

Art. 6.

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

« 1. La legge regionale individua, nell'ambito della programmazione sanitaria, i presidi ospedalieri, i presidi sanitari extra-ospedalieri e i servizi delle unità sanitarie locali che per le finalità specifiche perseguite, per

le caratteristiche tecniche e specialistiche delle prestazioni, l'alta specializzazione dei servizi, la dimensione e la qualificazione delle strutture, svolgono attività o funzioni di riferimento anche per le unità sanitarie locali diverse da quella in cui sono ubicati e che interessano ampi ambiti territoriali, o attività e funzioni che non possono essere fornite dalle normali strutture di ogni singola unità sanitaria locale, e ne disciplina l'organizzazione.

Sono comunque qualificati di diritto presidi multizonali gli ospedali, articolati anche in più stabilimenti, che siano sede di policlinici universitari o presso i quali, per il convenzionamento complessivo con una facoltà di medicina, si svolgono i corsi completi per la laurea in medicina e chirurgia.

2. La stessa legge attribuisce la gestione dei presidi e dei servizi di cui al precedente comma alla unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati e stabilisce norme particolari per definire:

a) il collegamento funzionale ed il coordinamento di tali presidi e servizi con quelli delle unità sanitarie locali interessate, attraverso idonee forme di consultazione dei rispettivi organi di gestione;

b) gli indirizzi di gestione dei predetti presidi e servizi e le procedure per l'acquisizione degli elementi idonei ed accertarne la efficienza operativa;

c) la previsione di uno specifico finanziamento diretto alla gestione del presidio o servizio multizonale nell'ambito del complessivo finanziamento dell'unità sanitaria locale competente per territorio e la conseguente tenuta di uno speciale conto di gestione allegato al conto generale dell'unità sanitaria locale;

d) una struttura della direzione ospedaliera prevista dalla lettera e) del secondo comma dell'articolo 17, costituita, in relazione alle dimensioni e alla complessità organizzativa del presidio ospedaliero multizonale, dal direttore sanitario e da medici di direzione con specifica qualificazione in igiene e in tecnica e organizzazione ospedaliera, articolata in uffici ed unità operative corrispondenti alle varie funzioni ad essa affidate;

e) la presenza nell'ospedale di uffici decentrati per tutte le funzioni amministrative, tecniche ed economiche corrispondenti alla struttura dei servizi amministrativi della unità sanitaria locale di appartenenza;

f) l'affidamento alla commissione medica consultiva ospedaliera, presieduta dal direttore sanitario, di funzioni propositive e consultive obbligatorie sulle più importanti questioni relative alla gestione tecnica e alla organizzazione operativa dell'ospedale, nonché di compiti specifici per il controllo delle prestazioni mediche e ai fini delle valutazioni della efficienza dei servizi e del rapporto costo-efficacia ».

Art. 7.

All'articolo 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente comma:

« 3. Nel caso in cui un comune appartenente ad un'area metropolitana abbia suddiviso il suo territorio in più unità sanitarie locali la legge regionale individua a quale di esse vanno attribuite in modo esclusivo, per l'intero ambito comunale, le funzioni inerenti alle aree funzionali di igiene e sanità pubblica e di igiene e medicina del lavoro ».

Art. 8.

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

« 1. Gli atti deliberati dal consiglio di amministrazione di ciascuna unità sanitaria locale, nonché quelli deliberati dai consigli comunali 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 precedenti 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. La relazione è approvata dal consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale sentiti i comuni facenti parte del rispettivo territorio.

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, del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale, 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 ».

Art. 9.

I numeri 2) e 6) del primo comma dell'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono sostituiti, rispettivamente, dai seguenti:

« 2) i collegi dei revisori cureranno 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 di cui al quarto e quinto comma del presente articolo; »;

« 6) il bilancio di previsione e il conto consuntivo delle unità sanitarie locali, prima di essere deliberati dall'assemblea, devono essere sottoposti all'esame e al parere dei comuni facenti parte dei rispettivi territori. Sulle eventuali osservazioni formulate dai comuni, l'assemblea deve espressamente pronunciarsi; ».

Il numero 7) del primo comma dell'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è soppresso.

Il quarto comma dell'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

« 4. Ove nella verifica di cui al numero 2) del primo comma, ovvero dalla rendicontazione trimestrale prevista dal secondo comma del presente articolo, risulti che la gestione manifesta un disavanzo complessivo, e ciò anche avendo riguardo ai debiti e crediti di bilancio, il collegio dei revisori accerta in dettaglio le cause che hanno provocato il disavanzo medesimo indicando al presidente dell'unità sanitaria locale e alla regione, nella relazione di cui all'articolo 13, ultimo comma, della legge 26 aprile 1982, n. 181, le misure da adottarsi per riportare la gestione in equilibrio ».

All'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono aggiunti i seguenti commi:

« 5. Qualora la regione riscontri che il disavanzo non sia determinato da momentanei squilibri tra entrate e spese, si procede alla convocazione del consiglio e della assemblea nei trenta giorni successivi al rice-

vimento della relazione di cui al precedente comma al fine di adottare i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio la gestione. Il ripiano del disavanzo deve essere comunque assicurato:

a) per almeno un quarto, con variazioni di bilancio in diminuzione delle spese previste;

b) per almeno un quarto, con assegnazioni dei comuni a favore dell'unità sanitaria locale, in proporzione alla rispettiva popolazione;

c) per la restante parte, con assegnazioni aggiuntive della regione a valere sulla quota del fondo sanitario nazionale di parte corrente spettante alla medesima o su altre entrate regionali conseguibili anche attraverso l'esercizio del potere impositivo previsto dalle leggi vigenti.

6. Resta ferma l'applicazione delle vigenti disposizioni in materia di responsabilità degli amministratori e degli impiegati delle unità sanitarie locali qualora il disavanzo sia imputabile in tutto o in parte alle ipotesi ivi previste ».

Art. 10.

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

« 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.

2. Le somme di cui al precedente comma vengono ripartite fra tutte le regioni, comprese quelle a statuto speciale, con deliberazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), da adottare 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 di due quote. La prima, corrispondente alle spese necessarie per assicurare il mantenimento dei livelli di prestazioni sanitarie previsti dalla legislazione vigente, 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, con compensazione centrale della mobilità sanitaria. A tal fine le regioni sono tenute a far pervenire al Ministero della sanità i dati necessari a determinare la mobilità sanitaria registrata e la migrazione temporanea, sulla base di schede tipo di rilevazione predisposte dallo stesso Ministero, distinta per l'assistenza ospedaliera in generale, specialistica e di alta specializzazione. La restante quota, aggiuntiva della precedente, è destinata 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 sei per mille abitanti, con riduzione progressiva della quota unitaria medesima per i posti-letto eccedenti detto limite. Il restante terzo è ripartito in base alla popolazione calcolata con i criteri di cui alla lettera a). La seconda quota, destinata a finanziare spese per investimenti di innovazione, è ripartita in proporzione al reciproco del reddito *pro capite* regionale, ponderato con la popolazione residente di ciascuna regione, quale risulta dai più recenti dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica disponibili al momento della ripartizione. La terza quota, relativa al finanziamento di spese per trasformazione e riconversione delle strutture ospedaliere, è ripartita in proporzione al numero dei posti-letto eccedenti il limite di sei 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 Ministro del tesoro ed il Ministro del bilancio e della programmazione economica, ciascuno per la parte di 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 precedente articolo 50, le quote di cui al precedente comma vengono trasferite alla regione in misura uguale alle corrispondenti quote dell'esercizio precedente.

5. Le regioni, sulla base di parametri numerici da determinarsi ed intesi ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, provve-

dono, con legge regionale, sentiti i comuni, a ripartire 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 gradualmente livelli di prestazioni uniformi nell'intero 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 di cui al secondo comma, lettera b), del presente articolo. 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.

6. 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.

7. Gli amministratori e i responsabili dell'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale sono responsabili in solido delle spese disposte od autorizzate in eccedenza alla quota di dotazione loro attribuita, salvo che esse non siano determinate da esigenze obiettive di carattere locale da collegare a fattori straordinari di morbidità accertati dagli organi sanitari della regione e finanziabili con la riserva di cui al quinto comma ».

Art. 11.

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

« 1. In applicazione del progetto di riparto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349, e d'intesa con le regioni interessate, con decreto del Ministro del tesoro, di concerto

con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e delle finanze, i beni mobili ed immobili e le attrezzature destinate prevalentemente ai servizi sanitari appartenenti agli enti, casse mutue e gestioni soppressi, sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali competenti per territorio.

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

Art. 12.

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

« 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, nonchè degli altri istituti di prevenzione e cura e dei presidi sanitari extraospedalieri dipendenti dalle province o da consorzi di enti locali, sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali del territorio in cui avevano la sede detti enti.

3. Le regioni adottano gli atti legislativi ed amministrativi necessari per realizzare i trasferimenti di cui ai precedenti commi e per regolare i rapporti patrimoniali attivi e passivi degli enti ed istituti di cui al primo e secondo comma.

4. Con le stesse modalità ed entro gli stessi termini gli enti ed istituti di cui al primo e secondo comma perdono, ove l'abbiano, la personalità giuridica ».

NORME FINALI

Art. 13.

Il Governo è delegato ad emanare, entro 6 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 Ministro della sanità specificamente preposto ad esprimere pareri in ordine alla programmazione sanitaria nazionale ed al coordinamento dell'attività sanitaria nel territorio nazionale, nonchè 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 5 esperti nominati dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro; da 7 esperti di cui due direttori generali amministrativi e due direttori generali sanitari o direttori sanitari di presidio ospedaliero multizonale nominati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità e del tesoro; da 5 rappresentanti del Consiglio superiore di sanità; da 3 rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani; da 4 rappresentanti delle organizzazioni sindacali mediche più rappresentative e da 4 rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative del personale non medico.

Art. 14.

Il personale iscritto nei ruoli nominativi regionali del servizio sanitario nazionale e quello a rapporto convenzionale ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, costituisce, ai sensi della legge 29 marzo 1983, n. 93, un comparto a sè stante.

All'interno di detto comparto 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 precedente primo comma la delegazione della pubblica Amministrazione è composta dal Ministro della sanità, che la presiede, dal Ministro per la funzione pubblica, dal Ministro del tesoro, da 3 rappresentanti delle regioni e da 3 rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani.

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, per quanto concerne gli istituti di cui all'articolo 2 della legge 29 marzo 1983, n. 93, ivi compresa la disciplina dei concorsi, nel rispetto dei principi contenuti in detta legge e nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, 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) è previsto un distinto ruolo per il personale medico dipendente con l'individuazione di specifici istituti normativi in rapporto alla peculiarità delle prestazioni e

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

delle responsabilità mediche ai vari livelli, con particolare riguardo all'adempimento del diritto-dovere alla formazione permanente ed agli incentivi e sanzioni relative, nonchè alle incompatibilità;

c) gli istituti normativi dell'accordo per il personale medico a rapporto convenzionale oltre a tener conto dei principi contenuti nell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, possono altresì consentire la stipula di speciali contratti a termine per l'utilizzazione di personale provvisto di qualificati livelli di specializzazione nelle strutture anche ospedaliere delle unità sanitarie locali;

d) è prevista per le unità sanitarie locali la possibilità, previa autorizzazione della regione, di stipulare singoli contratti di prestazione professionale quando sussista la necessità di integrare unità operative a carattere pluridisciplinare operanti soprattutto nel territorio e finalizzate all'attuazione delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, 23 dicembre 1975, n. 685, 13 maggio 1978, n. 180, 22 maggio 1978, n. 194, nonchè delle leggi relative alla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro ed alla prevenzione, cura e riabilitazione dei disabili. Ogni singolo contratto stabilisce le modalità di espletamento della prestazione professionale fissando un impegno orario non superiore alle 15 ore settimanali, con esclusione di qualsiasi rapporto di dipendenza gerarchica, salvo il rispetto delle direttive emanate dai responsabili del servizio ed ha la durata di un anno rinnovabile;

e) la gestione della pianta organica e dei concorsi è di esclusiva competenza del consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale, nel rispetto delle previsioni e prescrizioni dei piani sanitari regionali e nazionale;

f) la copertura dei posti vacanti, anche in via temporanea, è 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 inte-

ressate debbono provvedere esclusivamente mediante concorso pubblico per titoli ed esami, al quale viene ammesso solo il personale in possesso di idoneità conseguita ai sensi di quanto disposto dalla successiva lettera i);

g) in sede di concorsi per titoli ed esami il punteggio riservato ai titoli non può 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 per le prove di esame in caso di concorsi per la copertura di posti del restante personale;

h) le commissioni giudicatrici sono presiedute dal presidente del consiglio di amministrazione, o da altro amministratore dallo stesso delegato, e sono composte esclusivamente da esperti nelle materie oggetto del concorso e da rappresentanti del personale appartenenti al medesimo ruolo e profilo professionale dei posti messi a concorso indicati dal consiglio di amministrazione dell'ente che bandisce il concorso stesso, dalla regione e dall'ordine o collegio professionale competente;

i) per l'accesso a tutte le posizioni funzionali apicali di tutti i ruoli è prevista l'idoneità nazionale e la relativa procedura per il conseguimento dell'idoneità stessa è di esclusiva competenza del Ministero della sanità;

l) per l'accesso a posizioni funzionali che richiedano particolare preparazione professionale può essere richiesta la frequenza a corsi di qualificazione od a scuole post-universitarie e di specializzazione;

m) tutti i bandi di trasferimento e di concorso sono pubblicati per estratto sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica;

n) in caso di inerzia della unità sanitaria locale nel bandire ed espletare le conseguenti procedure per la copertura dei posti vacanti, il competente organo regionale può adottare le idonee misure sostitutive;

o) la commissione di disciplina prevista dalla legislazione vigente dovrà essere composta: dal presidente della unità sanitaria locale o da un componente del consiglio di amministrazione da lui delegato che la presiede; da un funzionario amministra-

tivo e da un funzionario sanitario, nominati dal consiglio di amministrazione; da 2 rappresentanti designati dalle organizzazioni sindacali; da un esperto in materie giuridiche designato dall'ordine degli avvocati della circoscrizione del tribunale ove ha sede l'unità sanitaria locale e da un esperto in medicina legale designato dall'ordine dei medici della provincia.

NORME TRANSITORIE

Art. 15.

I trasferimenti dei beni mobili ed immobili previsti dagli articoli 65 e 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, modificati dagli articoli 11 e 12 della presente legge, sono effettuati con decreto del presidente della giunta regionale.

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.

I beni immobili di cui al primo comma dell'articolo 65 ed ai commi primo e secondo dell'articolo 66 della legge n. 833 del 1978, modificati dagli articoli 11 e 12 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 primo comma del presente articolo.

Art. 16.

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, sono trasformate

di diritto in aziende speciali ai sensi degli articoli 1 e 2 della presente legge.

Sino alla costituzione degli organi previsti dall'articolo 15 della legge n. 833 del 1978, 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.

Alla data dell'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 n. 833 del 1978, così come modificato dall'articolo 4 della presente legge, sino alla nomina dei direttori generali previsti nel medesimo articolo.

Alla stessa data dell'entrata in vigore della presente legge l'assemblea prevista dal n. 1) del secondo comma dell'articolo 15 della legge n. 833 del 1978, è soppressa come organo dell'azienda speciale unità sanitaria locale, ma continua ad esercitare le funzioni previste dall'articolo 2 della presente legge, fino al suo rinnovo.

Art. 17.

Le leggi regionali previste dall'articolo 13, commi secondo, quinto e settimo, 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.

Entro 30 giorni dall'entrata in vigore delle leggi regionali di cui al primo comma del presente articolo il presidente della giunta regionale provvede alla convocazione dei consigli comunali e del consiglio regionale per la costituzione degli organi previsti dalla presente legge.

Art. 18.

Per l'esercizio delle deleghe previste dalla presente legge, il Governo acquisisce il parere di una apposita commissione composta da 10 deputati e 10 senatori nominati, in rappresentanza proporzionale dei Gruppi parlamentari, dai Presidenti delle rispettive Camere.

Art. 19.

Il direttore generale amministrativo previsto al diciassettesimo comma dell'articolo 4 della presente legge può essere scelto tra il personale iscritto nei ruoli regionali con la qualifica di direttore amministrativo-capo servizio, anche in mancanza del diploma di laurea, purchè tale personale eserciti effettivamente le funzioni della qualifica all'entrata in vigore della presente legge.

Art. 20.

Qualora si costituisca, fra la maggioranza delle unità sanitarie locali di una regione, una associazione a fini di rappresentanza delle stesse, questa assumerà in sede regionale tutte le competenze attribuite per legge all'Associazione nazionale comuni italiani.

Ove fra le associazioni di cui al comma precedente si costituisca una federazione nazionale, tale federazione assumerà, in sede nazionale, tutte le competenze attribuite per legge all'Associazione nazionale comuni italiani.

Le associazioni regionali e la federazione nazionale di cui ai commi precedenti fruiscono dei benefici previsti per l'Associazione nazionale comuni italiani e le sue articolazioni periferiche dall'articolo 36 del decreto-legge 7 maggio 1980, n. 153, convertito, con modificazioni, nella legge 7 luglio 1980, n. 299, dall'articolo 31 del decreto-legge 28 febbraio 1981, n. 38, convertito, con modificazioni nella legge 23 aprile 1981, n. 153, dagli articoli 35-bis e 35-ter del decreto-legge 28 febbraio 1983, n. 55, convertito con modificazioni nella legge 26 aprile 1983, n. 131.