

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

(N. 1030)

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal **Ministro della Sanità**

(DEGAN)

di concerto col **Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale**

(DE MICHELIS)

col **Ministro dell'Interno**

(SCALFARO)

col **Ministro di Grazia e Giustizia**

(MARTINAZZOLI)

col **Ministro del Tesoro**

(GORIA)

col **Ministro del Bilancio e della Programmazione Economica**

(ROMITA)

e col **Ministro per gli Affari Regionali**

(VIZZINI)

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 24 NOVEMBRE 1984

Modifiche all'assetto delle Unità sanitarie locali

ONOREVOLI SENATORI. — L'assetto del Servizio sanitario nazionale e, in particolare, quello delle Unità sanitarie locali, determinato dalla legge di riforma, si rivela ancor oggi pienamente valido nei suoi obiettivi e nei suoi profili istituzionali ed organizzativi fondamentali.

L'esperienza maturata nei primi anni di applicazione della riforma ha evidenziato, peraltro, la necessità di apportare alcune integrazioni e correttivi all'assetto delle Unità sanitarie locali, per assicurare una maggiore rispondenza del funzionamento delle medesime agli obiettivi della riforma e alle esigenze di buon andamento dei servizi.

Si tratta, in particolare, di delineare più precisi contorni alla figura ed ai compiti delle Unità sanitarie locali nell'ambito dell'ordinamento dell'amministrazione locale e di stabilire più netti confini fra le attribuzioni e le responsabilità rispettive della componente politica e di quella tecnica nella conduzione delle Unità sanitarie locali stesse.

In relazione a tali preminenti esigenze, si ritiene che sia necessario adottare alcune misure di revisione della legge di riforma e della legislazione successiva intervenuta a modificarla ed integrarla, per rimuovere le incertezze oggi esistenti sulle responsabilità dei diversi livelli decisionali, nel quadro di un assetto organizzativo dell'Unità sanitaria locale più aderente alle pressanti istanze di tempestività ed efficienza dei servizi.

1. - (*Natura giuridica della USL*). — La legge n. 833 del 1978 definisce le Unità sanitarie locali come « il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi » (articolo 10, secondo comma) e come « struttura operativa » (articolo 15, primo comma) dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane, mettendo con ciò in rilievo la configurazione delle Unità sanitarie locali come « aziende » locali, anche se tali aziende non rientrano di per sé nel modello delle aziende speciali di cui al testo unico 15 ottobre 1925, n. 2578, e sono disciplinate, invece, se-

condo il regime previsto nei suoi tratti fondamentali dalla legge n. 833 medesima.

Tuttavia, non sono mancate le incertezze ed i dubbi su tale configurazione « aziendale » delle Unità sanitarie locali, che sembra essere quella più adeguata al tipo di funzioni e servizi organizzati nelle Unità sanitarie locali e all'esigenza di promuovere condizioni di efficienza operativa nel funzionamento delle Unità sanitarie locali medesime.

Appare necessario, quindi, esplicitare e sviluppare la scelta già implicitamente operata dalla legge n. 833, definendo espressamente le Unità sanitarie locali come aziende speciali dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane, per l'esercizio delle funzioni e dei servizi in materia di sanità non espressamente riservati dalla legge ad altri organi ed enti. Va chiarito, inoltre, che non si tratta di aziende municipalizzate secondo il testo unico 15 ottobre 1925, n. 2578, ma di aziende speciali disciplinate dalle disposizioni di cui alla legge di riforma e dalla successiva legislazione statale e regionale.

Alla definizione dell'Unità sanitaria locale come azienda si deve accompagnare la statuizione del principio che essa è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile. Detto principio deve rappresentare, cioè, il criterio informatore degli ulteriori aspetti, istituzionali, strutturali e funzionali del regime delle Unità sanitarie locali, pur demandandosi alle singole previsioni di legge di configurare limiti e modalità specifiche di manifestazione di tale autonomia.

2. - (*Organi della USL*). — Per quanto riguarda l'imputazione delle decisioni, a rilevanza esterna, riguardanti l'Unità sanitaria locale, va distinto il livello politico (ente locale), dal livello decisionale e di indirizzo (consiglio di amministrazione) e dal livello gestionale-esecutivo (ufficio di direzione).

In tal senso viene previsto che i comuni, singoli o associati, e le comunità montane esercitano funzioni di indirizzo e controllo politico generale e le seguenti competenze strettamente connesse e tassativamente individuate: a) la nomina del presidente e dei componenti del consiglio di amministrazione, del collegio dei revisori, nonchè la loro revoca nei casi di comprovata inefficienza o di gravi irregolarità; b) la emanazione di direttive per la formazione dei programmi, bilanci e conti consuntivi e la verifica periodica dell'andamento generale dell'azienda su apposita relazione del consiglio di amministrazione e del collegio dei revisori; c) l'emanazione di direttive sulla localizzazione dei presidi nel quadro della programmazione regionale e sulle iniziative necessarie per il ripiano dei disavanzi

Data la nuova configurazione delle Unità sanitarie locali, le relative decisioni devono essere direttamente riferite ai comuni, singoli o associati, e alle comunità montane, ed assunte da parte: a) del consiglio comunale, se l'ambito territoriale dell'Unità sanitaria locale coincide con quello del comune o di parte di esso; b) dell'assemblea generale dell'Associazione dei comuni, costituita ai sensi dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, o nelle altre forme che potranno essere indicate dalla legge dello Stato in sede di riordino delle autonomie locali, se l'ambito territoriale dell'Unità sanitaria locale corrisponde a quello complessivo dei comuni associati; c) dell'assemblea generale della comunità montana, se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'Unità sanitaria locale, fermo restando che qualora il territorio dell'Unità sanitaria locale comprende anche comuni non facenti parte della comunità montana, l'assemblea viene integrata con rappresentanti di tali comuni.

Scompare, quindi, l'assemblea dal novero degli organi dell'Unità sanitaria locale.

Questi vanno, di conseguenza, individuati, in analogia a quanto normalmente previsto nelle strutture aziendali anche di tipo privatistico, nel consiglio di amministrazio-

ne, organo preposto alla guida della USL, nel presidente, organo di raccordo e di rappresentanza, nell'ufficio di direzione, organo gestionale ed esecutivo, preposto al funzionamento delle strutture, e nel collegio dei revisori, organo di controllo.

Per evitare gli inconvenienti di un organismo pletorico, la composizione del consiglio di amministrazione deve essere limitata a cinque membri oppure a sette membri per le Unità sanitarie locali con popolazione assistita superiore a 150.000 persone o che amministrano presidi multizonali, eletti con voto limitato.

Onde assicurare che la scelta cada su candidati professionalmente qualificati, vanno predeterminati specifici titoli e requisiti, da rendere pubblici prima della nomina, attinenti sia alla specifica esperienza acquisita nel servizio reso presso enti pubblici o privati, sia a livello minimo di istruzione.

Vanno applicate ai componenti del consiglio di amministrazione le disposizioni di cui all'articolo 8 della legge 23 aprile 1981, n. 154, relative alla ineleggibilità ed alla incompatibilità alla carica di consigliere comunale e di incompatibilità degli addetti al Servizio sanitario nazionale.

Il consiglio di amministrazione va qualificato come organo deputato alla formazione della volontà dell'azienda per le decisioni di maggiore rilevanza e pertanto ad esso va riservata la competenza a deliberare i seguenti atti tassativamente indicati:

a) l'approvazione dei programmi, bilanci e rendiconti;

b) l'approvazione dei regolamenti e delle altre norme organizzative generali, ivi comprese le convenzioni;

c) la nomina dei componenti l'ufficio di direzione e, su proposta di questo, dei dirigenti dei servizi e dei presidi e la loro eventuale revoca anticipata;

d) l'adozione di direttive nei confronti dell'ufficio di direzione;

e) l'approvazione degli atti inerenti alla gestione dell'azienda, adottati dall'ufficio di direzione, che comportano una spesa superiore a lire 250 milioni;

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

f) l'adozione di misure anche di annullamento o di revoca degli atti compiuti dall'ufficio di direzione e dai dirigenti dei servizi e presidi, per comprovati motivi attinenti al buon funzionamento dell'Unità sanitaria locale.

Deve essere, altresì, previsto che il consiglio opera collegialmente, facendo espresso divieto del conferimento di incarichi ai singoli membri, al fine di far cessare una pratica, purtroppo instauratasi in tal senso.

Quanto al presidente, ne deve essere valorizzata la figura come rappresentanza della USL e come raccordo sia tra l'ente locale e l'azienda, sia tra il consiglio di amministrazione e l'ufficio di direzione.

Deve essere resa più incisiva e funzionale la composizione dell'ufficio di direzione, prevedendo che esso sia composto dal direttore sanitario laureato in medicina e chirurgia, e dal direttore amministrativo, laureato in discipline economico-giuridiche, scelti dal consiglio di amministrazione tra i dipendenti che appartengano, rispettivamente, al ruolo sanitario ed al ruolo amministrativo e posseggano una anzianità nella posizione funzionale apicale di almeno tre anni, nonchè specifici titoli ed esperienze di servizio in materia di organizzazione e di amministrazione sanitaria nelle sue varie articolazioni. La relativa nomina va affettuata, per chiamata, dal consiglio di amministrazione con provvedimento motivato, con specifico riferimento alla professionalità ed alla esperienza degli aventi titolo che ne abbiano fatto domanda, valutate in base ad un giudizio complessivo sull'attività svolta e sui titoli posseduti. Va predeterminato — in cinque anni — il periodo di durata in carica.

In corrispondenza a quanto previsto per il consiglio di amministrazione, si devono ampliare le competenze dell'ufficio di direzione, assegnandogli il compito di eseguire le deliberazioni adottate dal consiglio di amministrazione, di curare la gestione dell'azienda in conformità alle direttive del consiglio stesso e di adottare tutti gli atti di gestione comportanti una spesa superiore a 100 milioni di lire, nonchè quelli relativi

all'amministrazione del personale, all'organizzazione del lavoro e alla gestione economico-finanziaria.

Rilievo fondamentale viene ad assumere, nell'ambito della organizzazione aziendale dell'Unità sanitaria locale, il ruolo del collegio dei revisori, che deve seguire, in maniera assidua e concomitante, la gestione, assistendo alle sedute del consiglio di amministrazione, e valutare non solo la legittimità dei singoli atti, ma anche le risultanze complessive dell'azione amministrativa sotto i profili della funzionalità e dell'efficienza.

3. - (*Struttura interna della USL*). — Per quel che concerne la struttura interna dell'Unità sanitaria locale, conviene evitare di imporre modelli uniformi, data la necessità che la stessa Unità sanitaria locale sviluppi un impegno ad organizzarsi nel modo più aderente alle dimensioni proprie, alle risorse disponibili e alle altre concrete esigenze locali. Tuttavia, è opportuno far chiarezza su alcune nozioni e criteri basilari anche per favorire la comparabilità delle attività svolte dalle diverse Unità sanitarie locali e dei dati relativi. In particolare conviene precisare, in modo univoco, il significato dei termini « servizi e presidi », definendo i servizi quali articolazioni dell'Unità sanitaria locale corrispondenti ad aree omogenee di intervento, dotati di autonomia tecnico-funzionale, ed i presidi quali strutture tecnico-funzionali complesse dell'unità sanitaria locale, da questa organizzati e gestiti in forma integrata nell'ambito di ciascuno dei servizi, assicurando il collegamento funzionale con gli altri servizi.

L'ampliamento delle competenze dell'ufficio di direzione non deve andare a scapito dell'autonomia operativa dei dirigenti dei servizi e dei presidi, di cui devono essere precisate le responsabilità, per garantire l'efficienza e la tempestività delle decisioni di competenza.

A tal fine va previsto che ai dirigenti degli uffici e dei servizi compete l'adozione degli atti di gestione comportanti una spesa superiore a lire 100 milioni, nonchè gli atti a contenuto tecnico-sanitario individuati dal consiglio di amministrazione in base a cri-

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

teri dettati con legge regionale; che l'ordinario funzionamento dei presidi zonali è affidato ad un dirigente di presidio che risponde del suo operato al dirigente del servizio competente ed all'ufficio di direzione.

Perchè i dirigenti di servizio non vengano estraniati dalla conduzione generale dell'Unità sanitaria locale, va stabilito che l'ufficio di direzione ha l'obbligo di convocare periodicamente la conferenze dei dirigenti, la quale formula proposte per il miglioramento dell'efficienza dei servizi ed esprime parere su ogni questione che le venga sottoposta dall'ufficio di direzione stesso.

Si deve valorizzare il contributo di esperienza e di professionalità che gli operatori dei servizi possono apportare alla conduzione dell'unità sanitaria locale, prevedendo la costituzione, tra gli operatori stessi, di organismi con finalità di consulenza tecnica.

4. - (*Presidi multizonali*). — Per i presidi multizonali la legge di riforma detta all'articolo 18 alcuni principi e criteri generali, che avrebbero dovuto consentire, in sede regionale, di definire adeguatamente modalità di gestione articolata di tali presidi, pur nel quadro della unità di amministrazione dell'Unità sanitaria locale competente per territorio. Va, tuttavia, notato che le disposizioni di cui al citato articolo 18 hanno finora trovato scarsa attuazione o sono state attuate in modo assai eterogeneo dalla legislazione regionale.

L'esperienza sin qui acquisita ha dimostrato, inoltre, che in tali strutture è necessario realizzare una conduzione a forte valenza manageriale e tecnico-sanitaria, cui demandare la tempestiva ed oculata decisione delle questioni man mano emergenti.

Di conseguenza, per i presidi multizonali e comunque per gli ospedali con un numero di posti letto superiore a 800, le competenze dell'ufficio di direzione sono attribuite ad un dirigente di presidio, nominato, con incarico quinquennale, dal consiglio di amministrazione in ragione di specifica esperienza e di capacità manageriali acquisite in qualità di responsabile di servizio oppure di dirigente di amministrazioni pubbliche o private.

Atteso che il predetto dirigente di presidio risponde del suo operato direttamente al consiglio di amministrazione, si pone il problema di assicurare i necessari collegamenti con l'ufficio di direzione. A tale scopo si prevede che il predetto dirigente di presidio è tenuto a sentire, per gli atti che presentano connessione con l'attività dei servizi dell'Unità sanitaria locale, l'ufficio di direzione.

Le specifiche esigenze di gestione dei presidi anzidetti inducono a prevedere un finanziamento a destinazione vincolata, stabilito in sede di piano sanitario regionale, l'autonomia contabile e una apposita dotazione organica, compresa nella consistenza numerica dei ruoli nominativi regionali.

5. - (*Accordi sindacali*). — Data la sua particolare collocazione nel sistema dell'amministrazione locale, il personale iscritto nei ruoli nominativi regionali deve costituire, ai sensi della legge quadro del pubblico impiego 29 marzo 1983, n. 93, un comparto a se stante. Nell'affermare tale principio deve stabilirsi opportunamente, con l'occasione, che la delegazione della pubblica amministrazione, di cui al primo comma dell'articolo 8 della citata legge, è integrata con il Ministro della sanità e con i rappresentanti delle regioni.

6. - (*Regole di gestione*). — Alla organizzazione aziendale dell'Unità sanitaria locale si deve adeguare la disciplina delle forme contrattuali e contabili della gestione. Pertanto, va demandato ad un decreto del Presidente della Repubblica, da adottarsi, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge, l'emanazione di detta disciplina, onde assicurare la uniformità della gestione amministrativo-contabile delle Unità sanitarie locali.

7. - (*Controlli*). — La vigente disciplina dei controlli sulle Unità sanitarie locali recata dalla legislazione statale è, in linea di massima, modellata su quella prevista per gli enti locali territoriali. Ed, infatti, l'articolo 49, primo comma, della legge n. 833 del 1978

(come sostituito dall'articolo 13, comma quarto, della legge 26 aprile 1982, n. 181) in conformità al sistema dei controlli sulle province, sui comuni e sugli altri enti locali, definito con l'attuazione dell'ordinamento regionale (legge 10 febbraio 1953, n. 62, articolo 55 e segg.) demanda all'organo regionale il controllo sugli atti delle Unità sanitarie locali; il comma terzo di detto articolo 49 stabilisce poi che « le modificazioni apportate, in sede di riordinamento delle autonomie locali, alla materia dei controlli sugli atti e sugli organi dei comuni e delle province si intendono automaticamente estese ai controlli sulle Unità sanitarie locali ».

Tale impostazione va riesaminata, in relazione alle esigenze di celerità e di efficienza connesse al carattere aziendale della gestione delle Unità sanitarie locali.

In tal senso, vanno ridotti i poteri di controllo del comitato regionale di controllo, limitandoli agli atti adottati dal consiglio di amministrazione. Correlativamente, va disposto che ogni altro atto — adottato dal presidente, dall'ufficio di direzione, dai dirigenti dei servizi e dei presidi — è soggetto al controllo successivo, a campione, del collegio dei revisori, che segnala tempestivamente ogni irregolarità riscontrata al consiglio di amministrazione e al presidente della giunta regionale: ciò al duplice scopo di responsabilizzare maggiormente gli organi competenti alla adozione, privandoli della copertura del preventivo assenso dell'autorità tutoria, e di rendere più spedita l'attività amministrativa, essendo le deliberazioni immediatamente esecutive.

Vanno ribadite e generalizzate le misure di controllo sostitutivo sugli atti, già previste dall'articolo 11, comma decimo, del decreto-legge n. 463 del 12 settembre 1983, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638.

8 - (*Poteri ispettivi*). — I controlli ispettivi costituiscono uno strumento indispensabile per rilevare tempestivamente eventuali irregolarità o disfunzioni nella gestione delle Unità sanitarie locali.

Si ribadisce, pertanto, l'obbligo delle regioni, in base all'articolo 13, primo comma, della legge n. 181 del 1982, di avvalersi di un apposito servizio ispettivo, sanitario e finanziario, per verificare, in relazione ai rendiconti trimestrali, l'andamento della gestione delle Unità sanitarie locali.

Se i poteri ispettivi competono in via istituzionale alle regioni ai fini del controllo sull'attività delle Unità sanitarie locali, va però considerato che al Ministro della sanità spettano poteri di politica generale, di alta vigilanza sul funzionamento delle strutture, di indirizzo e di coordinamento del sistema, il cui esercizio presuppone la conoscenza delle realtà locali. Pertanto, qualora sia urgente, a fini informativi, effettuare diretti accertamenti sul territorio, non può disconoscersi la facoltà del Ministro di provvedervi, tramite il servizio ispettivo, anche con indagini a campione.

In occasione di detti accertamenti, possono venire in rilievo situazioni in relazione alle quali si imponga l'adozione di provvedimenti correttivi. In tal caso il Ministero deve informarne le regioni e gli enti locali da cui dipendono le Unità sanitarie locali, per quanto di competenza.

Qualora, invece, dagli stessi accertamenti emergano disfunzioni o carenze di servizi o presidi, di gravità tale da riuscire di pregiudizio alla salute pubblica, il Ministero deve promuovere la chiusura di dette strutture da parte della regione. In caso di inerzia di quest'ultima, deve provvedere il Ministro.

Inoltre, qualora, per esigenze della programmazione sanitaria nazionale e della verifica dei risultati conseguiti, occorra un più approfondito esame dei dati desumibili dai rendiconti delle USL, oppure dagli allegati ai rendiconti stessi, il Ministro della sanità può, ai fini della integrazione oppure della verifica dell'interpretazione dei dati stessi, disporre l'accesso alla documentazione originale ovvero la convocazione, per chiarimenti, di funzionari delle regioni o delle Unità sanitarie locali.

9 - (*Individuazione delle competenze ai livelli territoriali*). — Dato che nell'esperienza di questi anni non sono mancate difficol-

tà e incertezze circa le attribuzioni da esercitarsi da parte delle Unità sanitarie locali rispetto a quelle ad esercizio diretto da parte dei comuni singoli o spettanti alle province e alla regione (e ciò con riguardo particolarmente ad alcuni ambiti, come le competenze del sindaco quale autorità sanitaria locale, le competenze provinciali e comunali in materia di tutela dell'ambiente dagli inquinamenti, ecc.), è necessario tracciare linee di demarcazione più precise di quelle contenute nella legge di riforma e più omogenee di quelle emergenti dalla legislazione regionale, salvaguardando al massimo le organicità e l'integrazione delle competenze dell'Unità sanitaria locale.

A tal fine, si devono individuare in modo espresso e tassativo le funzioni dei singoli comuni, delle province e delle regioni, lasciando in via residuale tutte le altre alle Unità sanitarie locali, salvaguardandone la unitarietà e la organicità.

Data la complessità tecnica della materia, appare necessario demandare al Governo la emanazione di un testo unico delle norme vigenti con facoltà di apportare le modifiche necessarie al loro coordinamento.

Tutto ciò premesso, per quanto concerne i singoli articoli si fa presente che:

l'articolo 1 definisce la portata di leggequadro del provvedimento;

l'articolo 2 definisce la natura giuridica e la dimensione territoriale della Unità sanitaria locale;

l'articolo 3 individua gli organi della Unità sanitaria locale e le competenze degli enti locali;

l'articolo 4 disciplina la composizione e le competenze del Consiglio di amministrazione;

l'articolo 5 disciplina le funzioni del Presidente;

l'articolo 6 disciplina la composizione e le funzioni dell'Ufficio di direzione;

l'articolo 7 disciplina la composizione e le attribuzioni del Collegio dei revisori;

l'articolo 8 detta criteri in materia di organizzazione delle Unità sanitarie locali;

l'articolo 9 disciplina i presidi multizionali;

l'articolo 10 riguarda gli accordi sindacali per i dipendenti delle Unità sanitarie locali;

l'articolo 11 concerne le regole della gestione delle Unità sanitarie locali;

l'articolo 12 disciplina i controlli sulle Unità sanitarie locali;

l'articolo 13 disciplina i poteri di ispezione sulle Unità sanitarie locali;

l'articolo 14 delega il Governo per la individuazione delle competenze in materia sanitaria ai livelli territoriali;

l'articolo 15 reca norme di attuazione;

l'articolo 16 è norma di chiusura.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Ambiti di applicazione della legge)

Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali per le regioni a statuto ordinario, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e Bolzano, in conformità alle norme dei rispettivi statuti.

Art. 2.

(Natura giuridica e dimensione dell'Unità sanitaria locale)

L'Unità sanitaria locale è azienda speciale dei comuni singoli o associati, o delle comunità montane, disciplinata dalle disposizioni di cui ai successivi articoli, nonché da quelle contenute nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, e nella conseguente legislazione statale e regionale, per l'esercizio, in un ambito territoriale determinato, delle funzioni e dei servizi in materia di sanità, non riservati dalla legge ad altri organi ed enti.

Essa è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile nelle forme e nei limiti indicati dalla legge e dalla programmazione regionale.

L'ambito territoriale dell'attività di ciascuna Unità sanitaria locale è delineato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra i 50.000 ed i 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona. Nel caso di aree a popolazione sparsa, valgono le disposizioni di cui all'articolo 14, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Nei comuni con popolazione superiore ai 500.000 abitanti l'ambito territoriale di attività di ciascuna Unità sanitaria locale è determinata dal comune anche in deroga ai limiti indicati nel comma precedente.

Art. 3.

(Organi dell'Unità sanitaria locale)

Sono organi dell'Unità sanitaria locale:

- 1) il consiglio di amministrazione;
- 2) il presidente;
- 3) l'ufficio di direzione;
- 4) il collegio dei revisori.

I comuni singoli, le comunità montane o i comuni associati costituiti ai sensi dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, o nelle altre forme che potranno essere indicate dalla legge dello Stato in sede di riordino delle autonomie locali:

a) esercitano funzioni di indirizzo generale sulle Unità sanitarie locali ed il relativo controllo;

b) deliberano la nomina del presidente, dei componenti del consiglio di amministrazione e del collegio dei revisori, nonché la loro revoca nei casi di comprovata inefficienza o di gravi irregolarità;

c) impartiscono direttive per la formazione dei programmi, dei bilanci preventivi e dei conti consuntivi e verificano periodicamente l'andamento generale dell'azienda sulla base di apposite relazioni redatte dal consiglio di amministrazione, nonché dal collegio dei revisori ai sensi del terzo comma del successivo articolo 7;

d) impartiscono direttive sulla localizzazione dei presidi e sulle iniziative necessarie per il ripiano dei disavanzi, ferme restando le disposizioni di cui al penultimo ed all'ultimo comma dell'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modifiche.

Le deliberazioni di revoca del presidente, dei componenti del consiglio di amministrazione e del collegio dei revisori sono adottate, a maggioranza assoluta, previa contestazione degli addebiti con prefissione di un termine per controdedurre.

Detti poteri sono esercitati tramite:

a) il consiglio comunale, se l'ambito territoriale dell'Unità sanitaria locale coincide con quello del comune o di parte di esso;

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

b) l'assemblea generale della comunità montana, se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'Unità sanitaria locale;

c) l'assemblea generale dell'Associazione dei comuni, se l'ambito territoriale dell'Unità sanitaria locale corrisponde a quello dei comuni associati.

Art. 4.

(Consiglio di amministrazione)

Il consiglio di amministrazione è composto di cinque membri o di sette membri per le Unità sanitarie locali con popolazione assistita superiore a 150.000 persone o che amministrano presidi multizonali, eletti con voto limitato, rispettivamente, a tre o cinque preferenze.

I componenti del consiglio di amministrazione devono essere in possesso di specifiche e documentate competenze ed esperienze, acquisite in servizio reso con funzioni di amministratore o dirigente di enti pubblici o privati, e di titolo di studio non inferiore al diploma di scuola media superiore.

Le proposte di nomina dei componenti del consiglio di amministrazione non possono essere discusse o deliberate ove non siano adeguatamente corredate dagli specifici titoli e requisiti di cui al precedente comma.

Si applicano ai componenti del consiglio di amministrazione le disposizioni della legge 23 aprile 1981, n. 154, relative alla ineleggibilità ed incompatibilità alla carica di consigliere comunale, nonché quelle relative alle incompatibilità degli addetti al Servizio sanitario nazionale.

Spetta al consiglio di amministrazione:

a) l'approvazione dei programmi, bilanci preventivi e conti consuntivi;

b) la deliberazione dei regolamenti e delle altre norme organizzative generali, nonché l'approvazione delle convenzioni;

c) la nomina, su proposta del presidente, dei componenti l'ufficio di direzione e, su proposta di quest'ultimo, dei dirigenti dei servizi e dei presidi e la loro eventuale revoca;

d) l'adozione di direttive nei confronti dell'ufficio di direzione;

e) l'approvazione degli atti inerenti alla gestione dell'azienda, adottati dall'ufficio di direzione, che comportano una spesa superiore a lire 250 milioni;

f) l'adozione di misure anche di annullamento o di revoca degli atti compiuti dall'ufficio di direzione e dai dirigenti dei servizi e presidi, per comprovati motivi attinenti al buon funzionamento dell'Unità sanitaria locale.

L'esercizio delle competenze del consiglio di amministrazione non può essere delegato ai singoli componenti.

Art. 5.

(Presidente)

Il presidente convoca e presiede il consiglio di amministrazione e vigila che il funzionamento dell'ufficio di direzione avvenga in conformità degli indirizzi espressi ai sensi dell'articolo 3, nonché delle direttive del consiglio di amministrazione.

Il presidente ha la rappresentanza legale dell'Unità sanitaria locale.

La funzione vicaria del presidente è disciplinata dai regolamenti di cui al punto b) del precedente articolo 4.

Art. 6.

(Ufficio di direzione)

L'ufficio di direzione dell'Unità sanitaria locale è formato dal direttore sanitario, laureato in medicina e chirurgia, e dal direttore amministrativo, laureato in discipline economico-giuridiche, scelti dal consiglio di amministrazione tra i dipendenti che appartengono rispettivamente al ruolo sanitario ed al ruolo amministrativo e posseggono una anzianità nella posizione funzionale apicale di almeno tre anni.

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo devono possedere specifici titoli ed esperienze di servizio in materia di orga-

nizzazione e di amministrazione sanitaria nelle sue varie articolazioni; il direttore sanitario nel periodo di espletamento dell'incarico deve osservare il tempo pieno.

Il provvedimento di conferimento dell'incarico deve essere motivato con specifico riferimento alla professionalità e alla esperienza degli aventi titolo che ne abbiano fatto domanda, valutate in base ad un giudizio complessivo sull'attività svolta e sui titoli posseduti.

L'ufficio di direzione è tenuto ad assicurare il conseguimento degli obiettivi stabiliti dal consiglio di amministrazione.

A tal fine esegue le deliberazioni adottate dal consiglio di amministrazione, sovrintendendo, nel rispetto dell'autonomia tecnico-gestionale dei servizi, all'attività aziendale in conformità delle direttive del consiglio di amministrazione, e adotta tutti gli atti di gestione comportanti una spesa superiore a lire 100 milioni nonchè quelli relativi all'amministrazione del personale, alla organizzazione del lavoro e alla gestione economico-finanziaria. Gli atti dell'ufficio di direzione sono emanati dal presidente, salvo delega di firma.

L'incarico di direttore ha la durata di cinque anni ed è rinnovabile.

In sede di contrattazione collettiva prevista dalla legge 29 marzo 1983, n. 93, sarà istituita e disciplinata una indennità di funzione a favore dei componenti l'ufficio di direzione.

Art. 7.

(Collegio dei revisori)

Il collegio dei revisori è composto da tre membri, dei quali uno, con funzioni di presidente, designato dal Ministro del tesoro e scelto tra i funzionari del Ministero, uno designato dalla regione e uno dai consigli o assemblee di cui all'ultimo comma del precedente articolo 3, scelti nell'ambito dei funzionari dei rispettivi ruoli, regionali o comunali, degli uffici di ragioneria ovvero tra gli iscritti agli albi dei revisori dei conti e dei dottori commercialisti.

Il collegio dei revisori esercita il controllo sulla gestione dell'Unità sanitaria locale secondo le disposizioni recate dalla normativa statale e regionale.

Esso è tenuto a redigere proprie relazioni sui progetti di bilancio preventivo, sui relativi provvedimenti di variazione e sui conti consuntivi, nonché a redigere una relazione trimestrale sulla gestione amministrativo-contabile delle Unità sanitarie locali da trasmettere alle regioni e ai Ministeri della sanità e del tesoro. Detta relazione deve riguardare non solo la legittimità dei singoli atti, ma anche i risultati della complessiva gestione sotto i profili della funzionalità e della efficienza.

I componenti del collegio assistono alle sedute del consiglio di amministrazione.

I collegi dei revisori possono chiedere in visione ai consigli di amministrazione, per periodi di tempo determinati in ciascun anno finanziario e, comunque, non superiori all'anno stesso, gli atti che comportano spesa e che, in relazione ai risultati della gestione dell'anno precedente, ritengano di sottoporre a controllo prima della loro esecuzione.

Il parere sfavorevole del collegio dei revisori sugli atti di cui al precedente comma comporta il riesame degli atti stessi da parte del consiglio di amministrazione.

I capi degli uffici di ragioneria delle Unità sanitarie locali, nei casi in cui ritengono che dall'esecuzione di atti possa derivare danno grave per la finanza pubblica, possono chiedere in ordine agli atti stessi il preventivo controllo del collegio dei revisori.

Ai componenti i collegi dei revisori spetta un compenso nella stessa misura dell'indennità di cui all'ultimo comma dell'articolo 6.

Art. 8.

(Organizzazione dell'Unità sanitaria locale)

La struttura interna dell'Unità sanitaria locale si articola per uffici e per servizi, corrispondenti ad aree omogenee di intervento, dotati di autonomia tecnico-funzionale.

I dirigenti degli uffici e dei servizi adottano tutti gli atti di gestione comportanti una spesa non superiore a lire 100 milioni

nonchè gli atti a contenuto tecnico-sanitario, individuati dal consiglio di amministrazione in base a criteri dettati con legge regionale.

I presidi sono strutture tecnico-funzionali complesse dell'Unità sanitaria locale, da questa organizzate e gestite in forma integrata nell'ambito di ciascuno dei servizi, assicurando il collegamento funzionale con gli altri servizi interessati.

L'ordinario funzionamento dei presidi zonalì è affidato ad un dirigente di presidio che risponde al dirigente del servizio competente ed all'ufficio di direzione.

L'ufficio di direzione ha l'obbligo di convocare periodicamente la conferenza dei dirigenti di servizio, con la partecipazione dei dirigenti di presidio, la quale formula proposte per il miglioramento dell'efficienza dei servizi. Essa, inoltre, esprime parere su ogni questione che le venga sottoposta dall'ufficio di direzione.

In ciascuna Unità sanitaria locale sono costituiti, tra gli operatori dei servizi, organismi tecnico-consultivi.

Art. 9.

(Presidi multizonali)

Per le strutture delle Unità sanitarie locali costituenti presidi multizonali e comunque per gli ospedali con un numero di posti letto superiore a 800, le competenze dell'ufficio di direzione sono attribuite ad un dirigente di presidio, nominato dal consiglio di amministrazione in ragione di specifica esperienza e di capacità manageriali acquisite in qualità di responsabile di servizio oppure di dirigente di amministrazioni pubbliche o private. Nel caso che la scelta cada su una persona non inquadrata nei ruoli nominativi regionali viene stipulato un contratto di lavoro quinquennale.

Il predetto dirigente di presidio, che risponde del suo operato direttamente al consiglio di amministrazione, è tenuto a sentire, per gli atti che presentano connessione con l'attività dei servizi dell'Unità sanitaria locale, l'ufficio di direzione.

Il piano sanitario regionale determina la quota del fondo sanitario nazionale riser-

vata al finanziamento delle spese, sia in conto capitale, sia di parte corrente, dei presidi di cui al presente articolo, che sono dotati di autonomia contabile e il cui bilancio costituisce contabilità speciale nell'ambito dell'Unità sanitaria locale di appartenenza. I relativi finanziamenti sono fatti affluire tramite le Unità sanitarie locali competenti per territorio. Il consiglio di amministrazione determina la dotazione organica degli stessi presidi, compresa nella consistenza numerica dei ruoli nominativi regionali.

Art. 10.

(Accordi sindacali per i dipendenti delle Unità sanitarie locali)

Il personale iscritto nei ruoli nominativi regionali del Servizio sanitario nazionale costituisce, ai sensi della legge 29 marzo 1983, n. 93, un comparto a se stante.

La delegazione della pubblica amministrazione, di cui al primo comma dell'articolo 8 della citata legge, è integrata con il Ministro della sanità e con i rappresentanti delle regioni.

Art. 11.

(Regole della gestione)

Al fine di assicurare la uniformità della gestione amministrativo-contabile delle Unità sanitarie locali, con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri per gli affari regionali e del tesoro, si provvede, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, a stabilire gli schemi generali del bilancio di previsione e del conto consuntivo da adottarsi dalle Unità sanitarie locali a decorrere dal 1986, nonché ad emanare la normativa fondamentale in materia di amministrazione, contabilità e gestione del patrimonio delle stesse Unità sanitarie locali, in coerenza al loro carattere di azienda.

Art. 12.

(Controlli)

Il controllo sugli atti del consiglio di amministrazione è esercitato, in unica sede, dal comitato regionale di controllo di cui all'articolo 55 della legge 10 febbraio 1953, n. 62, integrato da un esperto in materia sanitaria designato dal consiglio regionale e da un rappresentante del Ministero del tesoro, nelle forme previste dagli articoli 59 e seguenti della medesima legge. Per gli atti suindicati, il limite temporale di cui al secondo comma dell'articolo 59 della legge 10 febbraio 1953, n. 62, è elevato a quaranta giorni.

Il controllo sugli atti degli altri organi, presidi o servizi dell'Unità sanitaria locale è esercitato, in via successiva, a campione, dal collegio dei revisori, che segnala tempestivamente ogni irregolarità riscontrata al consiglio di amministrazione e al presidente della giunta regionale, e denuncia alla Corte dei conti i fatti che diano luogo a responsabilità patrimoniale per danni arrecati all'Erario.

In ogni caso di inottemperanza ad obblighi imposti da atti normativi e da disposizioni regionali derivanti da atti di indirizzo e di coordinamento emanati ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa diffida se le omissioni non conseguano alla scadenza di termini espressamente previsti oppure risultanti dalla natura degli interventi, adottano i provvedimenti omessi o comunque necessari, anche mediante l'invio di appositi commissari. Lo stesso potere, con le medesime modalità, è attribuito al Ministro della sanità, su segnalazione del commissario del Governo, quando la regione o la provincia autonoma non vi provveda.

Art. 13.

(Poteri ispettivi)

Le regioni esercitano i poteri ispettivi ai sensi dell'articolo 13, primo comma, della legge 26 aprile 1982, n. 181.

Il Ministro della sanità esercita l'alta vigilanza sugli aspetti funzionali ed organizzativi dei servizi e dei presidi delle Unità sanitarie locali e sulla loro rispondenza ai bisogni assistenziali della popolazione ed a tal fine può disporre verifiche ed ispezioni anche periodiche, avvalendosi del servizio ispettivo.

Se, in occasione dei relativi accertamenti, vengono in rilievo aspetti per i quali si imponga l'adozione di provvedimenti correttivi, il Ministro della sanità ne informa le regioni o gli enti locali da cui dipendono le Unità sanitarie locali, per quanto di rispettiva competenza.

Nel caso, invece, che, dagli stessi accertamenti, emergano disfunzioni o carenze di servizi o presidi, di gravità tale da riuscire di pregiudizio alla salute pubblica, il Ministero della sanità promuove la chiusura di dette strutture da parte della regione. In caso di inerzia di quest'ultima provvede il Ministro della sanità.

Qualora, per esigenze connesse alla programmazione sanitaria nazionale, all'esercizio dei poteri di indirizzo o di coordinamento, nonchè alla verifica dei risultati conseguiti, si renda necessario un più approfondito esame dei dati risultanti dai rendiconti delle Unità sanitarie locali o comunque allegati ai rendiconti stessi, il Ministro della sanità, d'intesa con le regioni, può disporre l'accesso alla documentazione originale oppure la convocazione, per chiarimenti, sulla stessa materia di funzionari delle regioni o delle Unità sanitarie locali.

Rimangono ferme le competenze dei servizi ispettivi dell'ispettorato generale di finanza della Ragioneria generale dello Stato, previste dall'articolo 29 del regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440, e dall'articolo 3 della legge 26 luglio 1939, n. 1037.

Art. 14.

(Individuazione delle competenze in materia sanitaria ai livelli territoriali)

Il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge,

con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri per gli affari regionali, dell'interno e del tesoro, udito il Consiglio di Stato, un testo unico delle norme vigenti, con facoltà di apportare le modifiche necessarie al loro coordinamento, al fine di individuare:

a) le funzioni del sindaco quale autorità sanitaria locale, nonchè le materie da disciplinare mediante regolamenti dei comuni singoli o associati;

b) le attribuzioni delle amministrazioni provinciali e comunali in materia sanitaria, ivi compresa la tutela dell'ambiente dagli inquinamenti;

c) le funzioni delle regioni in materia di programmazione dell'assetto territoriale delle zone, dei servizi e dei presidi sanitari e della loro distribuzione qualitativa e quantitativa tra le Unità sanitarie locali, di riparto delle risorse finanziarie a ciò destinate e di mobilità del personale sul territorio, nonchè quelle di cui ai precedenti articoli della presente legge;

d) tutte le residue competenze, salvaguardandone la unitarietà ed organicità, da riconoscersi alle Unità sanitarie locali in modo da assicurarne un esercizio coordinato.

Art. 15.

(Disposizioni di attuazione)

Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, i comuni singoli o associati e le comunità montane, nell'ambito delle rispettive competenze, adottano i provvedimenti necessari per darvi attuazione.

Fino all'insediamento dei nuovi organi delle Unità sanitarie locali e comunque non oltre un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, le Unità sanitarie locali continuano ad essere gestite dagli organi esistenti, sulla base della disciplina vigente.

Decorso il termine indicato nei commi precedenti, ove non siano stati nominati i

nuovi organi di gestione, o, comunque, non siano stati adottati tutti i provvedimenti necessari per la trasformazione in aziende delle Unità sanitarie locali, le regioni nominano un commissario straordinario che provvede alla gestione sino all'insediamento degli organi previsti dalla presente legge. In caso di inerzia delle regioni, decorsi 60 giorni, il commissario straordinario è nominato dal Ministro della sanità.

Art. 16.

(Norme di chiusura)

Sono abrogati l'articolo 10, secondo comma, l'articolo 14, primo comma, l'articolo 15, dal primo al decimo comma nonchè il primo periodo dell'undicesimo comma, l'articolo 49, commi primo, secondo e terzo, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni ed integrazioni, l'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.