

(N. 1240)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **SELLITTI, FABBRI, MURATORE, SPANO
Ottavio, SCEVAROLLI, PANIGAZZI, GIUGNI, SEGRETO, VELLA,
ORCIARI, DI NICOLA, CIMINO, CASTIGLIONE e FRASCA**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA L'8 MARZO 1985

Modifiche all'assetto delle unità sanitarie locali ed altre disposizioni in materia sanitaria

ONOREVOLI SENATORI. — A sei anni dall'entrata in vigore della legge n. 833 del 1978, sull'istituzione del Servizio sanitario nazionale, la riforma sanitaria continua ad essere oggetto di dibattiti, convegni, studi, analisi critiche che, prescindendo dalle diverse impostazioni politiche, hanno spesso un unico comune denominatore: la delusione per il fallimento della riforma stessa.

Delusione da cui spesso si è lasciato coinvolgere anche il Partito socialista italiano che della riforma, o meglio del processo che ha condotto alla riforma, è stato il promotore.

In primo luogo va contestato il termine « fallimento », in quanto il fallimento presuppone l'esistenza di un processo riformatore che in molti casi non è mai stato avviato. L'istituzione dell'unità sanitaria locale non significa attuazione della riforma.

In secondo luogo, quand'anche volessimo usare il termine fallimento, nel senso di « cattiva riuscita », va sottolineato che ciò

non può essere applicato dovunque e certamente non in egual misura.

Ma un dato è certo: il sistema sanitario e i suoi responsabili politici scontano oggi un forte e quasi generalizzato dissenso sociale e politico: l'utente lamenta un basso livello qualitativo di prestazioni, il disordine organizzativo e la burocratizzazione degli apparati, le lungaggini procedurali oltre il limite della tollerabilità, l'onerosità dei servizi; l'operatore lamenta confusione e diminuzione dei ruoli, irrilevanza delle capacità professionali e del merito nella carriera, il basso livello delle remunerazioni e la mancanza di incentivi.

Inoltre si lamentano le istituzioni: lo Stato lamenta la mancanza di reali poteri di coordinamento e di controllo sulle Regioni; le Regioni la mancanza di reali poteri di coordinamento e di controllo nei confronti delle unità sanitarie locali, e la insufficiente dotazione finanziaria da parte dello Stato; i Comuni lamentano che le unità sanitarie

locali ormai sfuggono totalmente alla loro giurisdizione e che le Regioni tendono sempre più a scavalcare i Comuni e a dialogare direttamente con le unità sanitarie locali; a loro volta le unità sanitarie locali lamentano l'ingiusta accusa di essere la vera causa del disordine, degli sprechi e dell'inefficienza.

Le organizzazioni sindacali, in quanto rappresentanti dell'utenza da un lato e degli operatori dall'altro, si rendono interpreti a gran voce delle critiche cui abbiamo accennato prima.

Gli stessi partiti politici si associano al disagio generale avanzando proposte di modifiche e correzioni che in alcuni casi significano un ritorno al passato *tout court*, in altri non tengono conto delle diverse « compatibilità » da cui il nostro Paese è largamente condizionato.

Il coro di critiche e di insofferenze ha raggiunto limiti tali per cui far finta di non sentire e non vedere, attestandosi su una anacronistica difesa della riforma così com'è, può diventare pericoloso.

Il Partito socialista italiano, convinto assertore del riformismo pragmatico e della necessità che anche le leggi debbano adeguarsi ai tempi, ribadendo la validità dei principi ispiratori della riforma sanitaria e ad essi richiamandosi, ritiene improcrastinabili, nella logica di impedire il fallimento della riforma stessa, alcune correzioni sostanziali di rotta con l'obiettivo di valorizzare ed attualizzare le opzioni fondamentali della legge n. 833: globalità dell'intervento pubblico con accentuazione del momento preventivo; uguaglianza di trattamento; universalità dei destinatari; partecipazione dei cittadini al problema della salute e quindi al governo della sanità; tutela della libertà e dignità della persona; territorializzazione dei servizi; pianificazione che nasce dalla analisi dei bisogni; esaltazione della medicina di base; professionalizzazione degli operatori; il tutto dominato dalla logica del rapporto efficienza-efficacia.

Di questi principi cardine della riforma uno solo, quello della universalità dei destinatari, è stato attuato in tutto il territorio

nazionale, alcuni sono stati attuati in parte, altri in nessun luogo.

Di questo stato di cose è in parte colpevole la riforma stessa che, varata — non dimentichiamolo — nell'ultima fase della solidarietà nazionale, riflette la cultura della programmazione degli anni '60 coniugata con il solidarismo cattolico, con al fondo la convinzione della ineluttabilità della espansione del *welfare-state*; è quindi il risultato di un compromesso tra culture e illusioni diverse che, come tutti i compromessi, difficilmente, a condizioni storiche date, poteva essere motore di progresso.

Le cause della mancata attuazione dei principi cardine della riforma, delle insufficienze, del disordine, della burocratizzazione nell'erogazione dell'assistenza, di cui si è detto, sono quindi in parte insite nella legge stessa, così come è stata varata, in parte dovute ad altre cause che sono così sintetizzabili:

1) mancanza di un preciso quadro di riferimento istituzionale, con conseguente stato di confusione delle attribuzioni e delle responsabilità tra i livelli di governo: Regioni-Comuni-unità sanitarie locali;

2) esistenza di meccanismi di controlli burocratizzati e defatiganti;

3) mancanza degli strumenti di pianificazione;

4) mancanza di certezze circa le risorse disponibili, a tutti i livelli: Stato-Regioni-unità sanitarie locali e mancanza, fino all'ultimo riparto del Fondo sanitario nazionale, di oggettivi parametri di ripartizione delle risorse tendenti al riequilibrio;

5) confusione fra momento decisionale politico e momento decisionale tecnico con conseguente mortificazione del secondo rispetto al primo e deresponsabilizzazione del personale tecnico-professionale;

6) difformità ed ineguatezza della normativa regionale, per carenza di esercizio del potere di indirizzo e coordinamento da parte del Ministero della sanità;

7) impreparazione e scarsa managerialità del personale politico preposto alla ge-

stione della sanità nelle unità sanitarie locali;

8) mancanza di un sistema informativo capace di realizzare una automazione gestionale ed organizzativa del sistema sanitario;

9) deresponsabilizzazione dei centri periferici di spesa, dovuta al meccanismo centralizzato di finanziamento del sistema sanitario;

10) scarsa incentivazione alla professionalità, dovuta a normative e a strumenti contrattuali e convenzionali inadeguati;

11) disequilibrio della distribuzione delle strutture e dei servizi sul territorio nazionale ereditato dal sistema ospedaliero e mutualistico;

12) aumento della domanda di prestazioni sanitarie da parte dei cittadini dovute all'introduzione di nuove tecnologie, alla crescente densità di medici, all'aumento della frazione di popolazione cronicamente dipendente dal settore sanitario (vite risparmiate e decessi posticipati);

13) difficoltà del sistema per la sua rigidità ad adeguarsi alle rapide modificazioni dei bisogni della popolazione.

Di fronte a tale situazione non serve una proposta frammentaria di soluzioni legislative parziali o transitorie come è avvenuto finora, ma occorre una revisione complessiva del modo di gestire la sanità nel nostro Paese.

Il Partito socialista italiano, nella consapevolezza di salvaguardare i principi ispiratori della riforma e nella convinzione che la sua collocazione sia dalla parte dei cittadini, e non dalla parte di quelle corporazioni, vecchie e nuove, protese alla conservazione e alla rincorsa nell'accrescimento dei propri privilegi, nè tantomeno di quelle che dallo sfascio della sanità pubblica traggono solo profitti, ritiene indispensabile ed indilazionabile intervenire con azioni energiche nell'attuale sistema sanitario.

Con il presente disegno di legge il Partito socialista italiano intende ridefinire dal punto di vista istituzionale e organizzativo

alcuni aspetti del Servizio sanitario nazionale.

In particolare:

all'articolo 2 si riaffermano i poteri di indirizzo e di coordinamento dello Stato;

agli articoli 3 e 4 si danno indicazioni precise alle Regioni circa l'organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali ed il coordinamento e la integrazione con i servizi sociali;

all'articolo 5 si ridefiniscono le competenze delle Regioni in materia di programmazione e controllo di congruità dell'attività delle unità sanitarie locali rispetto ai piani e ai programmi regionali;

agli articoli dal 6 al 19 si definiscono:

a) la nuova configurazione delle unità sanitarie locali quali aziende speciali dei Comuni singoli o associati e delle Comunità montane; b) i nuovi ambiti territoriali; c) la gestione della sanità nei Comuni metropolitani; d) la composizione ed il numero dei membri dell'assemblea dell'Associazione dei Comuni; e) i compiti del Consiglio dell'ente locale di appartenenza della unità sanitaria locale; f) i compiti del consiglio di amministrazione, del presidente e del direttore generale dell'unità sanitaria locale; g) la nomina e la composizione e i compiti del collegio dei revisori;

all'articolo 20 si definiscono la costituzione e i compiti della commissione consultiva dei responsabili di servizio dell'unità sanitaria locale, quale supporto tecnico-professionale alla direzione generale e al consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale;

all'articolo 21 si definiscono i presidi multizonali di assistenza ospedaliera e le modalità della loro gestione;

all'articolo 22 si introduce il bilancio-programma nelle unità sanitarie locali in modo che ad ogni servizio venga assegnato un apposito stanziamento per il raggiungimento di funzioni e obiettivi prefissati, da autogestire dal servizio stesso;

all'articolo 23 si definiscono i nuovi controlli sugli atti delle unità sanitarie locali, eliminando il controllo di legittimità, salvo

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

che per quanto concerne ovviamente gli atti soggetti a successiva approvazione da parte del Consiglio dell'ente locale di appartenenza;

all'articolo 24 viene assicurata l'uniformità della gestione amministrativo-contabile delle unità sanitarie locali;

all'articolo 25 si delega il Governo a disciplinare la formazione e il reclutamento dei dirigenti del Servizio sanitario nazionale, e a modificare le procedure per l'immissione nei ruoli del personale dipendente;

all'articolo 26 si delega il Governo a emanare provvedimenti legislativi in materia di incompatibilità del personale dipendente e convenzionato delle unità sanitarie locali;

all'articolo 27 si prevedono nuovi criteri per la convenzione di medicina generale e pediatrica;

all'articolo 28 si delega il Governo a modificare l'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 al

fine di istituire il tempo unico per il personale medico dipendente dalla unità sanitaria locale, e il tempo parziale da consentire a quanti intendano di fatto rimanere esterni, anche in termini di carriera, all'attività dei servizi sanitari pubblici;

all'articolo 29 si definiscono i poteri ispettivi del Ministero della sanità;

all'articolo 30 si delega il Governo ad emanare un testo unico delle norme vigenti in materia sanitaria, con facoltà di apportare le modifiche necessarie al loro coordinamento;

all'articolo 31 si dettano le disposizioni di attuazione e transitorie.

Con queste proposte il Partito socialista italiano, fedele alle sue tradizioni umanitarie e riformiste che ne hanno in passato fatto il protagonista del processo riformatore che ha trovato espressione nella legge n. 833, intende oggi, con altrettanta efficacia, mobilitarsi affinché il servizio sanitario si ponga davvero dalla parte dei cittadini.

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 e, per le Regioni a statuto speciale e per le Province autonome di Trento e di Bolzano, in conformità alle norme dei rispettivi statuti.

Art. 2.

(Indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni)

Nell'ambito delle funzioni di indirizzo e coordinamento spettanti allo Stato in base all'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge si provvede a definire protocolli-guida per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e amministrative da parte del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale.

Art. 3.

(Ordinamento dei servizi delle unità sanitarie locali)

Dopo il penultimo comma dell'articolo 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, sono aggiunti i seguenti commi:

« La legge regionale detta norme per l'indirizzo e l'organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali prevedendo la costituzione di un servizio per ciascun settore organico di intervento, in modo da ricondurre nel medesimo servizio tutte le funzioni che attengono a specialità affini o complementari al fine di ottenere il massimo contenimento del numero dei servizi.

I servizi si articolano in unità operative o uffici per l'esercizio di funzioni omogenee ».

Art. 4.

*(Coordinamento e integrazione
dei servizi sociali con i servizi sanitari)*

L'ultimo comma dell'articolo 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dai seguenti commi:

« 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.

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.

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

Art. 5.

*(Verifiche degli obiettivi programmatici
e ripartizione dei finanziamenti)*

Le Regioni, oltre a quanto previsto dall'articolo 11 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione prescrivono alle unità sanitarie locali i parametri di efficienza ai quali dovranno attenersi le unità sanitarie locali stesse nell'organizzazione dei servizi e nell'espletamento dell'attività.

Le Regioni hanno la responsabilità del conseguimento degli obiettivi stabiliti dalla programmazione nazionale e regionale ed a tal fine verificano semestralmente lo stato di attuazione a livello locale degli obiettivi programmatici.

Le Regioni provvedono alla ripartizione dei finanziamenti alle unità sanitarie locali,

tenuto conto dei risultati conseguiti dalle stesse nell'attuazione degli obiettivi programmatici di cui al precedente comma.

Art. 6.

(Definizione della unità sanitaria locale)

L'unità sanitaria locale è azienda speciale dei Comuni singoli o associati o delle Comunità montane disciplinata dalle disposizioni della legge 23 dicembre 1978 n. 833, delle leggi statali o regionali in materia sanitaria, dalle norme del regio decreto 15 ottobre 1925, n. 2578, e successive modifiche, in quanto compatibili con le disposizioni di cui ai successivi articoli della presente legge.

L'unità sanitaria locale è dotata di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile ed ha il compito di gestire con criteri di efficienza ed efficacia le prestazioni sanitarie nel territorio definito con legge regionale, secondo le direttive impartite dall'ente locale di appartenenza.

Il patrimonio dell'unità sanitaria locale è costituito dai beni, mobili e immobili, destinati ai servizi sanitari ad essa conferiti dall'ente locale di appartenenza, nonché dai beni successivamente acquisiti.

Art. 7.

(Ambiti territoriali)

La Regione, con propria legge, definisce gli aumenti territoriali delle unità sanitarie locali tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e della distribuzione della popolazione. Tali ambiti territoriali dovranno comprendere non meno di 50.000 abitanti nelle aree a popolazione sparsa, salvo che l'unità sanitaria locale non coincida con la Comunità montana.

Art. 8.

(Comuni metropolitani)

Nei Comuni con popolazione superiore a 50.000 abitanti può essere costituita un'unica azienda speciale, denominata unità sanitaria

locale, articolata organizzativamente sul territorio comunale secondo le disposizioni del regolamento di funzionamento approvato dal consiglio comunale.

La Regione, con propria legge, su proposta motivata approvata dal consiglio comunale, può autorizzare la costituzione di più aziende speciali nell'ambito dello stesso Comune.

Per ciascun ambito territoriale in cui è articolata l'attività dell'azienda speciale, può essere prevista la nomina di un direttore per le funzioni decentrate.

Il consiglio di amministrazione dell'azienda, su conforme parere del consiglio comunale, può delegare ai consigli circoscrizionali competenze gestionali riguardanti i servizi decentrati.

Art. 9.

(Composizione dell'assemblea generale dell'Associazione dei Comuni)

L'assemblea generale della Associazione dei Comuni è formata dai rappresentanti dei Comuni associati scelti tra i consiglieri comunali compresi nella zona, in numero pari a quello dei consiglieri assegnati, in base alla legislazione vigente, ai Comuni aventi popolazione eguale a quella appartenente, secondo l'ultimo censimento, alla zona considerata ed elegge al proprio interno il suo presidente.

Tali rappresentanti sono eletti dai consigli comunali riuniti in unico collegio formato da tutti i membri dei consigli stessi.

L'elezione ha luogo sulla base di liste di candidati presentate da uno o più consiglieri comunali.

Ogni consigliere dispone di tanti voti, arrotondati per difetto alla decina, quanti sono i suffragi ottenuti in sede di elezione di consiglio comunale dalla lista in cui fu candidato, divisa per il numero dei consiglieri eletti nella lista.

Qualora trattasi di consiglio comunale eletto con il sistema maggioritario, ogni consigliere elettore dispone di un numero di voti pari al rapporto tra il suffragio della lista

di appartenenza e il numero dei consiglieri eletti nella lista stessa.

La determinazione del numero di voti di cui dispone ciascun consigliere elettore è effettuata preventivamente dal sindaco del rispettivo Comune, assistito da due consiglieri, dei quali uno della minoranza, e dal segretario comunale, che rilascia la relativa certificazione.

La ripartizione dei seggi dell'assemblea generale tra le liste presentate avviene in modo proporzionale con il metodo del quoziente semplice, e con l'attribuzione dei seggi residui alla lista che ha ottenuto i resti più alti.

La durata in carica dell'assemblea generale è pari a quella dei consigli comunali, a decorrere dalla data dell'elezione dell'assemblea stessa: qualora nel frattempo vengano rinnovati consigli comunali la cui popolazione complessiva sia superiore alla metà della popolazione della zona, l'assemblea generale viene rinnovata.

In caso di cessazione dalla carica, per qualsiasi motivo, di un componente dell'assemblea, vi subentra il candidato che lo segue nell'ordine della lista in cui fu eletto.

Art. 10.

(Organi della unità sanitaria locale)

Sono organi delle unità sanitarie locali:

- a) il presidente;
- b) il consiglio di amministrazione;
- c) il collegio dei revisori dei conti.

Art. 11.

(Attribuzioni del Consiglio dell'ente locale di appartenenza)

Al Consiglio dell'ente locale di appartenenza compete la determinazione dell'indirizzo cui l'unità sanitaria locale deve attenersi nell'attuazione dei suoi compiti.

Spetta in particolare al Consiglio dell'ente locale:

- 1) deliberare lo statuto dell'unità sanitaria locale e le sue modificazioni;

2) nominare il consiglio di amministrazione, il suo presidente ed il collegio dei revisori dei conti e dispone la revoca nei casi di comprovata inefficienza e di grave irregolarità;

3) approvare il regolamento dell'unità sanitaria locale, i programmi pluriennali, il bilancio preventivo annuale e pluriennale e il conto consuntivo;

4) verificare periodicamente l'andamento generale dell'unità sanitaria locale sulla base di apposite relazioni redatte dal consiglio di amministrazione, nonchè dal collegio dei revisori;

5) impartire 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 modificazioni.

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.

Il Consiglio dell'ente locale di appartenenza è costituito:

a) dal consiglio comunale, se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale coincide con quello del Comune o di parte di esso;

b) dall'assemblea generale della Comunità montana, se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'unità sanitaria locale;

c) dall'assemblea generale dell'Associazione dei Comuni, se l'ambito territoriale corrisponde a quello dei Comuni associati.

Art. 12.

(Il presidente dell'unità sanitaria locale)

Il presidente dell'unità sanitaria locale è nominato dal Consiglio dell'ente locale di appartenenza con votazione separata prima

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

di quella degli altri componenti del consiglio di amministrazione.

Il presidente ha la rappresentanza legale dell'unità sanitaria locale ed inoltre:

1) convoca e presiede il consiglio di amministrazione;

2) può stare in giudizio, anche senza l'autorizzazione del consiglio di amministrazione, quando si tratta della riscossione di crediti dipendenti dal normale esercizio dell'unità sanitaria locale;

3) sovrintende al buon funzionamento dell'unità sanitaria locale e riferisce periodicamente al Consiglio dell'ente locale di appartenenza, secondo le modalità indicate nello statuto, sull'andamento della gestione aziendale;

4) compie tutti gli atti che gli sono attribuiti dallo statuto;

5) adotta, in caso di necessità e di urgenza, e sotto la sua responsabilità, provvedimenti di competenza del consiglio di amministrazione che devono essere sottoposti al consiglio stesso nella sua prima adunanza per la ratifica;

6) stipula i contratti, con possibilità di delegare tale funzione a dirigenti dell'unità sanitaria locale.

Il presidente può delegare ad uno o più componenti del consiglio di amministrazione parte delle proprie competenze.

Il presidente può farsi rappresentare nelle udienze di discussione delle vertenze di lavoro da un dirigente dell'unità sanitaria locale, previa procura da conferirsi con le modalità previste dall'articolo 420 del codice di procedura civile.

Art. 13.

*(Consiglio di amministrazione dell'unità
sanitaria locale)*

I componenti del consiglio di amministrazione devono essere scelti dal Consiglio dell'ente locale di appartenenza, in numero non superiore a cinque, compreso il presidente, fra coloro che hanno i requisiti per la nomina a consigliere ed una speciale compe-

tenza tecnica e/o amministrativa nel settore, per studi compiuti, per funzioni disimpegnate presso istituzioni pubbliche e private, per uffici pubblici ricoperti.

La relativa deliberazione, a pena di nullità, deve espressamente indicare i requisiti posseduti da ciascun componente del consiglio di amministrazione.

I membri del consiglio di amministrazione rimangono in carica per cinque anni in corrispondenza del mandato del Consiglio dell'ente locale di appartenenza e possono essere rieletti.

I membri del consiglio di amministrazione che per qualsiasi causa cessino dalla carica durante il quinquennio vengono sostituiti dal Consiglio dell'ente locale di appartenenza.

Le proposte di nomina dei componenti il consiglio di amministrazione devono essere trasmesse, entro 30 giorni dalla loro presentazione, alla commissione competente in materia sanitaria del Consiglio regionale per la verifica della sussistenza dei requisiti di competenza di cui al precedente articolo.

Il giudizio negativo motivato della commissione del Consiglio regionale sulla singola candidatura è preclusivo della nomina da parte del Consiglio dell'ente locale di appartenenza.

Il giudizio si intende reso in senso positivo qualora non pervenga comunicazione contraria entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione da parte del Consiglio regionale.

Art. 14.

(Compiti del consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale)

Spetta al consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale:

- 1) deliberare i bilanci preventivi ed il conto consuntivo unitamente ad una relazione che motivi gli eventuali scostamenti dai parametri di efficienza fissati dalla Regione ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dai piani e programmi annuali e pluriennali;

2) deliberare i programmi di gestione dell'unità sanitaria locale, i regolamenti e le piante organiche;

3) deliberare l'acquisto e l'alienazione di beni immobili e di beni mobili di rilevante valore;

4) nominare il direttore generale e disporre la revoca nei casi stabiliti dal regolamento interno;

5) provvedere, salvo la specifica competenza attribuita al direttore generale, ad adottare i provvedimenti relativi al personale;

6) emanare direttive vincolanti per l'attività del direttore generale;

7) autorizzare il direttore generale alla stipulazione dei contratti a licitazione e a trattativa privata;

8) formulare proposte al Consiglio dell'ente locale di appartenenza per il ripiano dei disavanzi di gestione;

9) deliberare, nei limiti dei piani e programmi pluriennali approvati dal Consiglio dell'ente locale di appartenenza, l'assunzione dei mutui a medio e a lungo termine.

Art. 15.

(Responsabilità dei membri del consiglio di amministrazione)

I membri del consiglio di amministrazione devono adempiere ai doveri ad essi imposti dalla legge e dallo statuto dell'unità sanitaria locale con la diligenza del mandatario e sono solidalmente responsabili verso la unità sanitaria locale stessa dei danni derivanti dall'inosservanza di tali doveri.

In ogni caso i membri del consiglio di amministrazione sono solidalmente responsabili se non hanno vigilato sul generale andamento della gestione o se, essendo a conoscenza di atti pregiudizievoli, non hanno fatto quanto potevano per impedirne il compimento o eliminarne o attenuarne le conseguenze dannose.

La responsabilità per gli atti o le omissioni dei membri del consiglio di amministrazione non si estendono a quello tra essi che, essen-

do immune da colpa, abbia fatto annotare senza ritardo il suo dissenso nel libro delle adunanze e delle deliberazioni del consiglio, dandone immediata notizia per iscritto al presidente del collegio dei revisori dei conti.

Art. 16.

(Azione di responsabilità)

L'azione di responsabilità contro i membri del consiglio di amministrazione è promossa in seguito a deliberazione motivata del Consiglio dell'ente locale di appartenenza, adottata con l'intervento dei due terzi dei consiglieri e con il voto favorevole della maggioranza assoluta dei componenti del Consiglio dell'ente locale.

Qualora nel corso dell'esame del conto consuntivo dell'unità sanitaria locale il Consiglio dell'ente locale accerti l'esistenza di gravi irregolarità commesse dai membri del consiglio di amministrazione, entro dieci giorni si dovrà provvedere ad adottare, previa contestazione agli interessati, i provvedimenti di competenza.

Ai membri del consiglio di amministrazione si applicano, in quanto compatibili, gli articoli 2393 e seguenti del codice civile.

Art. 17.

(Il direttore generale)

Il direttore generale è nominato dal consiglio di amministrazione tra persone che, essendo professionalmente qualificate nel particolare settore di attività dell'unità sanitaria locale, siano dirigenti del ruolo amministrativo o sanitario appartenenti alla posizione funzionale apicale oppure appartenenti all'alta dirigenza dei ruoli della Pubblica amministrazione oppure siano professionisti o dirigenti esterni alla Pubblica amministrazione, con deliberazione da adottarsi, sentito il collegio dei revisori dei conti, a maggioranza di due terzi dei suoi componenti.

Il direttore è assunto con incarico di cinque anni rinnovabile. Il trattamento econo-

mico, normativo e previdenziale del direttore è regolato dal contratto nazionale del lavoro del comparto sanitario.

Il direttore generale:

1) sovrintende all'andamento delle unità sanitarie locali attuando le delibere del consiglio di amministrazione e del presidente secondo le direttive ricevute;

2) dirige il personale dell'azienda;

3) provvede alla sospensione cautelare del personale, nei casi di urgenza, riferendone immediatamente al presidente;

4) firma i mandati di pagamento, le reversali, i ruoli per le entrate e le spese, firma la corrispondenza e tutti gli atti aziendali che non spettino al presidente;

5) provvede agli acquisti nel rispetto delle direttive del consiglio di amministrazione ed alle spese indispensabili per il normale ed ordinato funzionamento dell'unità sanitaria locale;

6) partecipa alle adunanze del consiglio di amministrazione con voto consultivo;

7) provvede a tutti gli altri compiti fissati dallo statuto.

Art. 18.

*(Collegio dei revisori dei conti
Nomina e composizione)*

Il collegio dei revisori dei conti è composto di tre membri effettivi, di cui uno con funzioni di presidente e due supplenti nominati dal Consiglio dell'ente locale di appartenenza tra gli iscritti all'albo dei revisori ufficiali dei conti o fra gli iscritti agli albi professionali dei dottori commercialisti e ragionieri.

I membri del collegio durano in carica cinque anni, non sono rieleggibili e non sono revocabili se non per giusta causa.

Il Consiglio dell'ente locale di appartenenza provvede alla nomina del collegio dei revisori contestualmente alla nomina del consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale.

Art. 19.

(Compiti del collegio dei revisori)

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 dell'unità sanitaria locale, al fine di favorire la migliore conduzione dell'unità sanitaria locale stessa secondo criteri di economicità ed efficienza.

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

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

Il collegio dei revisori è tenuto a sottoscrivere i rendiconti di cui all'articolo 50, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, e a redigere una relazione trimestrale sulla gestione amministrativo-contabile dell'unità sanitaria locale da trasmettere alla Regione ed ai Ministeri della sanità e del tesoro.

Art. 20.

(Commissione consultiva dei responsabili di servizio e istituzione della Conferenza dei dirigenti)

In ciascuna unità sanitaria locale è costituita una commissione consultiva formata dai dirigenti capi servizio, quale supporto tecnico-professionale alla direzione generale e al consiglio di amministrazione, ai cui membri compete un'indennità di direzione, da definirsi in sede contrattuale.

La commissione suddetta deve essere obbligatoriamente sentita dal direttore generale e dal consiglio di amministrazione della unità sanitaria locale prima dell'adozione di provvedimenti riguardanti la modifica dell'assetto organizzativo dei servizi e la distribuzione delle funzioni tra i servizi stessi, i

piani e programmi annuali e pluriennali, il bilancio preventivo, i regolamenti e le modifiche della pianta organica del personale dell'unità sanitaria locale.

In ciascuna unità sanitaria locale è inoltre istituita, con funzione consultiva, la Conferenza dei dirigenti delle unità operative o uffici, la cui composizione, funzionamento e compiti sono stabiliti dal regolamento dell'unità sanitaria locale.

Art. 21.

(Presidi multizonali di assistenza ospedaliera)

Sono presidi multizonali di assistenza ospedaliera le strutture di ricovero e cura che per il numero dei posti-letto, per le finalità didattiche e di ricerca perseguite ed in relazione all'attribuzione di funzioni di alta specializzazione e alla dotazione di attrezzature medico-scientifiche ad alta tecnologia svolgono attività prevalentemente rivolte a bacini di utenza comprendenti il territorio di più unità sanitarie locali.

Tali presidi sono individuati con legge, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale. La gestione dei presidi multizonali è affidata alla unità sanitaria locale in cui sono ubicati. Le funzioni del direttore generale dell'unità sanitaria locale sono svolte nei suddetti presidi da un responsabile di presidio il quale dipende dal consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale.

Il responsabile di presidio multizonale è nominato dal consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale secondo quanto stabilito dalla presente legge per la nomina del direttore generale. Esso è tenuto, per gli atti che presentano connessione con l'attività dei servizi dell'unità sanitaria locale, a sentire il direttore generale dell'unità sanitaria locale stessa.

Per le attività attinenti i presidi multizonali, le funzioni della commissione consultiva di cui al precedente articolo 20 sono esercitate dalla Conferenza dei dirigenti delle unità operative, in posizione funzionale apicale.

La regione determina la quota del Fondo sanitario, riservata alle spese, sia in conto capitale, sia di parte corrente, dei presidi multizonali, che sono dotati di autonomia contabile e il cui bilancio costituisce contabilità speciale nell'ambito di quella dell'unità sanitaria locale di appartenenza. I relativi finanziamenti sono fatti affluire tramite l'unità sanitaria locale competente per territorio.

Art. 22.

(Dotazione finanziaria dei servizi)

Il bilancio di parte corrente delle unità sanitarie locali dovrà essere articolato in modo da prevedere stanziamenti complessivi, dedotte le spese di personale, per ciascun servizio.

Tale stanziamento costituisce la dotazione finanziaria nell'ambito della quale si esercita l'autonomia tecnico-funzionale del servizio, secondo quanto previsto nel regolamento interno delle unità sanitarie locali.

Nei presidi multizonali di cui al precedente articolo 21, l'articolazione del bilancio di cui ai commi precedenti si intende riferita ai dipartimenti, secondo quanto previsto dal regolamento dell'unità sanitaria locale.

Art. 23.

*(Controlli sugli atti
delle unità sanitarie locali)*

Salvo quanto previsto dal precedente articolo 11, gli atti delle unità sanitarie locali non sono soggetti a controllo preventivo.

Fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del Regolamento approvato con regio decreto 10 marzo 1904, n. 108; il Consiglio dell'ente locale di appartenenza, su richiesta del presidente o dell'organo esecutivo, oppure di un terzo dei propri componenti, può chiedere di esaminare determinati atti dell'unità sanitaria locale riguardanti l'organizzazione dei servizi o i contratti di fornitura dell'azienda.

L'annullamento delle deliberazioni illegittime deve essere pronunciato entro 20 giorni dal ricevimento.

Art. 24.

(Regole della gestione)

Al fine di assicurare l'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 degli affari regionali e del tesoro, si provvede, entro 180 giorni dall'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. 25.

(Istituzione della scuola per dirigenti del Servizio sanitario nazionale)

Con decreto da emanarsi entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge il Governo è delegato a disciplinare la formazione e il reclutamento dei dirigenti del Servizio sanitario nazionale, al fine di uniformare le capacità di professionalità manageriali della figura del direttore generale, sulla base dei seguenti criteri direttivi:

1) l'accesso alla carriera dirigenziale è subordinato al conseguimento del titolo di idoneità conseguito alla Scuola superiore di sanità pubblica, da istituirsi su scala nazionale, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge;

2) il 70 per cento delle ore di insegnamento al corso biennale della Scuola per il conseguimento del titolo di idoneità a dirigente del Servizio sanitario nazionale dovrà essere dedicato alle seguenti materie: organizzazione aziendale, economia sanitaria, am-

ministrazione pubblica, igiene e tecnica ospedaliera informatica;

3) gli ammessi al corso usufruiranno di apposite borse di studio mensili, il cui ammontare sarà determinato annualmente con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione.

Con il medesimo decreto delegato saranno fissati i requisiti per essere ammessi alla Scuola superiore di sanità pubblica.

Il Governo è inoltre delegato ad emanare, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, apposito decreto con il quale vengono istituite e/o individuate a livello regionale le Scuole per la formazione degli infermieri e tecnici sanitari nonchè per la formazione delle figure professionali tecnico-sanitarie per le quali è da richiedersi un diploma di livello universitario. Agli ammessi alla scuola saranno attribuite borse di studio mensili, il cui ammontare sarà determinato annualmente con provvedimento regionale.

Con lo stesso decreto, al fine di uniformare su piano nazionale i requisiti di capacità professionale, il Governo disciplinerà i criteri e le modalità di ammissione alle scuole in conformità alle direttive della CEE.

Il Governo è inoltre delegato, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, a modificare le procedure relative all'immissione nei ruoli del Servizio sanitario nazionale, alla luce delle norme di cui ai precedenti commi, tenendo conto che per la valutazione dei candidati dovrà essere dato particolare rilievo alla valorizzazione professionale basata sui titoli scientifici conseguiti e su un giudizio globale della commissione in merito alle capacità professionali dimostrate nelle attività espletate dal candidato, con limitazione quindi del valore da attribuire agli anni di anzianità.

Art. 26.

(Delega al Governo per l'emanazione di norme sulla incompatibilità)

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge il Governo è delegato ad emanare provvedimenti sulla incompatibili-

tà tra i diversi incarichi professionali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, al fine di impedire la contemporanea imputazione ad un medesimo soggetto di una pluralità di rapporti con il Servizio sanitario nazionale e quelle attività che possono configurare un contrasto di interesse o una posizione di concorrenza con il servizio pubblico.

Art. 27.

(Nuovi criteri per la convenzione di medicina generale e pediatria)

In occasione del rinnovo delle convenzioni di medicina generale e pediatria, il Governo individuerà, in accordo con le organizzazioni sindacali rappresentative dei medici, nuovi criteri per la determinazione dei compensi dell'attività convenzionata, finalizzati al coinvolgimento e alla responsabilizzazione del medico convenzionato quale ordinatore di spesa, e all'esaltazione delle professionalità.

Art. 28.

(Delega al Governo per l'istituzione del tempo unico per il personale medico dipendente delle unità sanitarie locali)

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge il Governo è delegato ad emanare norme in sostituzione dell'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, per l'istituzione del tempo unico per il personale medico dipendente delle unità sanitarie locali, al quale garantire l'esercizio della libera professione intra murale o presso il proprio domicilio o ambulatorio e per l'istituzione del tempo parziale da consentire a quanti intendano di fatto rimanere esterni, anche in termini di carriera, all'attività dei servizi sanitari pubblici.

Art. 29.

(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 direttivi, 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 rende 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 dell'articolo 3 della legge 26 luglio 1939, n. 1037.

Art. 30.

(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 degli affari regionali, dell'interno e del tesoro, sentito 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 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. 31.

(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 o 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.