

DISEGNO DI LEGGE

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

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 21 SETTEMBRE 1989

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

ONOREVOLI SENATORI. - L'obiettivo principale non conseguito dalla legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, è stato la mancata attivazione della programmazione sanitaria nazionale. L'assenza di programmazione ha inciso sul funzionamento dell'impianto istituzionale, privato del fondamentale strumento di intervento per la modificazione dell'assetto dei servizi, come erogati in precedenza dal sistema mutualistico e dagli enti ospedalieri. Ciò ha evidenziato la fragilità della struttura istituzionale delle unità sanitarie locali, la sua difficoltà a modificare funzioni, criteri di gestione e di spesa da lungo tempo sedimentati, in una tradizione di separatezza.

Su questi problemi di carattere strutturale si sono inserite le scelte di politica finanziaria a carattere congiunturale, adottate dai Governi

che si sono succeduti dal 1978 a oggi: da questo versante la sottostima della spesa sanitaria ed il ripiano a consuntivo del *deficit* della spesa corrente hanno costituito il fattore più negativo.

A fronte di una domanda di salute crescente, sia in termini di qualità che di quantità, l'assenza di una risposta capace di qualificare la spesa e di soddisfare i bisogni emergenti ha ridotto il tema dell'assistenza sanitaria a una questione solo finanziaria: da qui è nato un governo del Servizio sanitario nazionale attraverso le leggi finanziarie e i decreti per il contenimento della spesa, in termini cioè di mere politiche congiunturali.

Questo disegno di legge, rivedendo alcuni aspetti della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, tende a recuperare gli obiettivi

finora mancati: della programmazione sanitaria e della tutela della salute fondata sulla prevenzione delle malattie.

Esso mantiene la ripartizione dei compiti data dalla legge n. 833 del 1978, tra Stato, regione e comune, assegnando ai primi due enti il ruolo di programmazione e di controllo ed al terzo il ruolo di governo per la erogazione dei servizi, salvo per quelle funzioni indivisibili che rimangono allo Stato. Ma quale Stato, quale regione, quale comune?

La legge di riforma sanitaria era un tassello di un più ampio disegno riformatore che avrebbe dovuto coinvolgere tutti i centri della funzione pubblica. Alla istituzione del Servizio sanitario nazionale avrebbe dovuto seguire la riforma del Ministero della sanità, con la trasformazione dello stesso in ente di programmazione e di coordinamento, garante della unitarietà dei servizi sull'intero territorio nazionale.

Nel rapporto che viene individuato dalla legge di riforma sanitaria tra ente di programmazione e ente di gestione, la capacità di programmazione come la decisione di ubicare le nuove strutture ospedaliere, la individuazione delle strutture da sopprimere e da sostituire, la individuazione delle strutture in cui localizzare nuove attrezzature o nuovi reparti, i criteri di riparto delle risorse, sono tutte scelte politiche di programmazione. Questi momenti di scelta decisionale debbono restare all'ente di programmazione regionale, il quale coerentemente esercita il potere che già la legislazione attuale gli attribuisce.

L'ente regione deve avere la possibilità di avvalersi di esperti e di strutture proprie adeguate a svolgere il ruolo di programmazione e di alta amministrazione che gli assegna l'attuale legge di riforma sanitaria: adottando i piani sanitari regionali nei limiti fissati dal Piano sanitario nazionale, approvando il riparto del Fondo sanitario nazionale nel territorio regionale a favore degli enti responsabili dei servizi di zona e controllando il rispetto puntuale del Piano ed il mantenimento degli *standards* minimi di efficienza fissati, sia in termini assoluti che in termini di rapporto costi-benefici.

Un forte ruolo di programmazione dunque è affidato all'ente regione, coerentemente con il

disegno della legge n. 382 del 1975, con il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977, di attuazione della delega contenuta in quella legge, e con la legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978.

Mentre la regione per le funzioni sanitarie svolge il ruolo di programmazione e coordinamento dell'azione amministrativa delle autonomie locali, è nelle autonomie locali, nel comune, che il cittadino deve trovare il referente più immediato e diretto per il soddisfacimento dei propri bisogni di servizi socio-assistenziali e sanitari.

Stime recenti, condotte in Europa e nel Nord America, hanno dimostrato tendenze in aumento della spesa sanitaria, in progressione geometrica rispetto all'incremento di reddito della collettività e delle entrate dello Stato. Nella Repubblica Federale Tedesca, ad esempio, si calcola che in un arco di tempo di cento anni l'intero prodotto nazionale lordo potrebbe essere destinato alla copertura della spesa sanitaria. La scarsità di risorse disponibili comporta la necessità di scelte politiche di riconversione e di ristrutturazione dei servizi che in alcuni Paesi porta a ridurre i compiti dello Stato alle sole attività «salvavita» e agli interventi a favore dei meno abbienti, lasciando alla medicina privata il resto; oppure, in alternativa, a razionalizzare la spesa sanitaria, ma preservando la universalità degli accessi e la globalità delle prestazioni, come è nei programmi di tanta parte della sinistra europea.

Il ruolo della regione anche sotto il versante della spesa pubblica è fondamentale, in quanto ad essa è affidato il compito di rendere compatibile il governo della spesa sanitaria con il mantenimento di un Servizio sanitario nazionale qualitativamente efficiente ed esteso a tutti i cittadini, anche attraverso la istituzione di forme di prelievo fiscale quale l'imposta regionale sui consumi che noi proponiamo.

Nel contesto della programmazione regionale, rafforzata e qualificata, si inserisce il disegno istituzionale delle unità sanitarie locali, che costituiscono, quale espressione dei comuni, l'articolazione territoriale del Servizio sanitario nazionale. Il mantenimento della denominazione unità sanitaria locale nel disegno di legge è legato al sostanziale rispetto, anche nel profilo definitorio, della legge n. 833

del 1978, laddove individua nelle unità sanitarie locali l'insieme delle strutture e dei servizi deputati dai comuni, singoli o associati, alla erogazione dei servizi sanitari.

Ma il nostro disegno di legge si caratterizza per un profondo e radicale ripensamento dell'assetto istituzionale delle unità sanitarie locali e della loro operatività, alla luce dell'esperienza di questo primo decennio di attuazione della legge di riforma sanitaria.

Cardini del progetto del gruppo parlamentare comunista di revisione dell'assetto istituzionale sono l'applicazione rigorosa del principio della separazione della funzione politica rispetto a quella tecnico-organizzativa e l'assegnazione della responsabilità del governo politico delle unità sanitarie locali al comune, così come questo esce dalla proposta di riforma delle autonomie locali del PCI. Da qui la proposta che assegna agli organi istituzionali del comune - al sindaco, alla giunta e al consiglio comunale - le responsabilità della attuazione della programmazione sanitaria. Da qui il superamento del comitato di gestione come organo di gestione tecnico-politico e la proposta dell'azienda sanitaria locale per la gestione dei servizi.

La definizione di un ambito territoriale dell'unità sanitaria locale, la zona sanitaria, sulla base di parametri oggettivi predeterminati dalla legge è uno dei compiti, che riteniamo irrinunciabili, della revisione della legge di riforma sanitaria.

Le leggi regionali, attuative della legge n. 833 del 1978, hanno dato vita a 674 unità sanitarie locali, con una media teorica di 80.000 abitanti circa per unità sanitaria locale, ma con una zonizzazione che ha tenuto conto spesso di criteri diversi rispetto alle esigenze dei servizi da erogare.

Il nuovo reticolo delle unità sanitarie locali deve tenere conto del dato demografico, della esistenza di presidi e di strutture sanitarie, quali le strutture di ricovero e cura a bacino di utenza zonale o sovrazonale, ma anche di funzioni collegate alla prevenzione e alla tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro o relative a servizi classificabili di «vasta area».

Ma il punto di raccordo tra unitarietà delle prestazioni e decentramento della responsabi-

lità della gestione è costituito dalla operatività del Piano sanitario nazionale, dalla definizione di priorità, risorse, *standards* per i piani sanitari regionali, a loro volta referente vincolante dell'azione amministrativa decentrata.

La realtà dell'attuazione della legge di riforma sanitaria ha dimostrato che la scala regionale non è la scala ottimale per la direzione e gestione dei servizi, mentre è la scala ottimale per lo studio, predisposizione e deliberazione della programmazione regionale sanitaria, per il riparto delle risorse, per la verifica del rispetto degli obiettivi di programmazione da parte degli enti responsabili della gestione.

La implementazione di questo ruolo di programmazione, già definito dalla legge di riforma sanitaria, è uno degli obiettivi da conseguire con la revisione dell'assetto istituzionale.

Le difficoltà che si sono evidenziate nella gestione dei servizi sanitari nelle aree metropolitane del nostro Paese e le difficoltà, di segno opposto, che si sono manifestate nelle aree a popolazione sparsa confermano la tesi che alla regione spetta un ruolo di impulso, di vigilanza, di verifica dei risultati, ma non di gestione del servizio sanitario.

L'attribuzione al comune della responsabilità di governo politico della sanità a livello locale viene data prendendo a parametro non l'attuale assetto delle autonomie locali, bensì l'assetto di un ente locale omogeneo, per dimensione territoriale, alla entità dei servizi da gestire e moderno per mezzi operativi, procedure deliberative e stato giuridico del personale, capace di effettuare una programmazione attuativa ed esecutiva nel territorio di appartenenza ed in possesso degli strumenti economici e giuridici necessari per portare ad esecuzione gli obiettivi prefissati.

Le considerazioni sopra svolte hanno portato a prefigurare un assetto del Servizio sanitario nazionale configurabile in tre aree tipo che necessitano di trovare nella riforma delle autonomie locali una appropriata disciplina istituzionale.

Esse sono:

- 1) l'area metropolitana;
- 2) l'area urbana;
- 3) l'area rurale e l'area montana.

Per ogni area è riconosciuta l'attribuzione al comune, ente locale a competenza generale, della erogazione dei servizi alla persona e delle funzioni sanitarie.

Più in dettaglio la nostra proposta si sofferma sulle aree metropolitane, in quanto la legge di riforma sanitaria in vigore si limita ad alcune annotazioni attinenti al decentramento delle funzioni deliberative dell'assemblea presso le circoscrizioni, ma non affronta il nodo del governo, per l'intero territorio del comune metropolitano e dei comuni limitrofi, delle funzioni del Servizio sanitario nazionale. Anzi, sotto questo profilo è di ostacolo la rigida formula legislativa della legge n. 833 del 1978 che, pur affidando la responsabilità dei servizi al comune, non gli concede la possibilità di articolarsi in diversi livelli decisionali, tra loro coordinati, sulla base delle necessità del territorio comunale.

Esistono diversità tra aree metropolitane, dal monocomune romano all'*hinterland* milanese o napoletano, allo sviluppo in senso lineare di Genova. Ma il minimo comune denominatore, in termini di governo, è costituito dalla scelta di un decentramento di funzioni che non sia di ostacolo alla centralità della direzione del coordinamento e del controllo.

Ferma restando la maggiore potestà autoregolamentare che deve essere riconosciuta al comune metropolitano, il governo politico della sanità è prerogativa dell'organo di governo politico generale del comune. Il comune ha come compito la definizione del piano sanitario comunale e del piano di attuazione comunale. Questo perchè riconosciamo l'esigenza, per l'area metropolitana, di una programmazione a livello comunale che interagisca con la programmazione regionale e che con essa sia compatibile.

Il decentramento di direzione e gestione dei servizi sul territorio metropolitano avviene in base alle esigenze di funzionalità dei servizi e degli obiettivi attuativi individuati dal piano di attuazione comunale. L'organo di governo politico si avvale, ai fini della predisposizione degli atti di programmazione attuativa, di uno *staff* di alta direzione, composto da funzionari provenienti dalla pubblica amministrazione o da esperti provenienti dal mondo delle profes-

sioni liberali, legati da un rapporto contrattuale a tempo determinato e fiduciario. In particolare, l'organo di governo politico dovrà presentare al consiglio comunale i progetti dei piani, i bilanci pluriennali, le proposte di regolamento per l'esercizio di funzioni decentrate, i progetti delle principali delibere attuative del piano comunale - quali la pianta organica, il riparto dei fondi tra gli organi del decentramento, i piani per investimenti tecnologici di grande rilevanza, la localizzazione sul territorio comunale di nuovi presidi o strutture, la ristrutturazione o la soppressione di presidi o strutture esistenti - sulla base delle indicazioni vincolanti del piano sanitario regionale.

Gran parte delle funzioni assegnate all'organo di governo permangono anche per i comuni riconducibili all'area urbana.

Sono ricomprese in questa accezione le realtà territoriali caratterizzate dalla presenza del capoluogo di provincia o di una città di pari dimensione demografica, e di comuni prevalentemente residenziali limitrofi alla città, con una popolazione di 150-300 mila abitanti.

In esse il centro di riferimento è la città ed in essa, di norma, si concentrano i presidi ospedalieri e le strutture extraospedaliere di maggiore rilevanza. Tuttavia anche per esse la predisposizione di modelli univoci non riuscirebbe a dare risposta alle esigenze peculiari di ogni singola realtà, per l'assenza di omogeneità geografica e demografica tra le situazioni regionali.

Dall'area urbana sostanzialmente monocomunale o con pochi comuni limitrofi al capoluogo, ove è prospettabile l'affidamento del governo della sanità agli organi del comune capoluogo, si passa ad aree ove insistono venti - venticinque comuni, realtà dove è prospettabile l'associazionismo dei comuni e la individuazione di organi di governo rappresentativi dei comuni ricompresi nell'area.

Quelle che sono prospettate, non diversamente da quanto indicato nella proposta di legge di riforma delle autonomie locali, sono delle linee guida, dei principi che possano dare il quadro di riferimento entro il quale dovrà formarsi il governo locale della sanità,

lasciando alla legislazione regionale la individuazione delle zone territoriali ed alla autonomia statutaria dei comuni la individuazione delle forme appropriate di governo.

Il comune, nelle forme di unione, intesa o convenzione che si sarà dato, opererà in piena autonomia decisionale nel rispetto dei vincoli imposti dalla programmazione sanitaria regionale.

L'organo competente al governo della sanità in quest'area avrà il compito di predisporre, per la approvazione del consiglio comunale, il piano di attuazione comunale, e di verificare periodicamente lo stato di attuazione e le iniziative per il migliore funzionamento del Servizio sanitario nazionale sul territorio, sorvegliando il funzionamento dell'azienda erogatrice dei servizi, cioè della gestione che libera l'organo politico dall'amministrazione attiva.

L'organo di governo ha quindi, non diversamente dall'area metropolitana, il compito, con l'ausilio di esperti in possesso dei necessari requisiti di professionalità (lo *staff* di direzione), di predisporre la proposta di piano di attuazione comunale e degli altri atti di maggiore rilevanza, di verificarne l'attuazione e, a regime, di predisporre la revisione, nonché di vigilare sul funzionamento dei servizi e di controllare il mantenimento del corretto rapporto costi-benefici.

Per quanto riguarda l'area montana, la titolarità del governo politico della sanità si prevede rimanga agli organi della comunità montana, in quanto forma di associazionismo ormai consolidata.

Per l'area rurale e l'area montana dove non sono state istituite comunità montane, che si caratterizzano per la dispersione sul territorio degli insediamenti e la frammentazione dei presidi, servizi e strutture tra più località, si rinvia alla riforma delle autonomie locali ed alle forme di riaccorpamento dei piccoli comuni, anche con la previsione di forme associative tra essi, ferma restando la piena autonomia statutaria degli enti locali nel darsi forme di governo coerenti con le funzioni amministrative della unità sanitaria locale.

La scelta operata di assegnare al comune il ruolo centrale nel governo politico della sanità per tutto quanto attiene all'esercizio delle

funzioni amministrative è coerente con tutto l'impianto normativo delineato dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977, che ritroviamo nella legge di riforma sanitaria del 23 dicembre 1978, n. 833, ed è confermato dalla legge n. 4 del 1986 che, nell'introdurre correttivi all'assetto istituzionale delineato dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, confermava e rafforzava il ruolo del comune e dei suoi organi elettivi nell'esercizio delle funzioni amministrative in materia sanitaria.

Per rispondere alle esigenze di garantire l'equilibrio tra il principio di generalità e globalità delle funzioni amministrative affidate al comune e i principi di efficienza ed economicità dei servizi erogati ai cittadini, prevediamo:

L'introduzione dell'imposta regionale sui consumi interni e il superamento dell'attuale sistema contributivo nelle disposizioni attinenti al finanziamento del Fondo sanitario nazionale;

L'individuazione delle forme di riparto tra le regioni come premessa indispensabile per la definizione del Piano sanitario nazionale e dei piani sanitari regionali, atti di programmazione generale che, a loro volta, permettono la delimitazione dei piani di attuazione comunale e la relativa esecuzione, con forme di gestione aziendali fondate su criteri di responsabilità ed efficienza, valutati anche sulla base del rispetto dei limiti di *budget*.

Norme transitorie

La scelta di inquadrare la revisione normativa della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale nel quadro del più vasto e complesso disegno di revisione dell'assetto istituzionale della pubblica amministrazione e di riforma delle autonomie locali ha reso necessaria la previsione di norme transitorie, onde permettere la immediata applicabilità delle disposizioni modificative del governo e della gestione delle unità sanitarie locali, anche nella deprecabile ipotesi di uno sfasamento temporale tra approvazione della legge settoriale e approvazione della legge di riforma delle autonomie locali.

Così l'articolo 41 del disegno di legge prevede che sino alla entrata in vigore della

legge di riforma delle autonomie locali le disposizioni ordinamentali della legge trovano applicazione per i comuni di Roma, Milano, Napoli, Torino, Bologna, Genova, Firenze, Bari e Venezia, per quanto attiene alle disposizioni per le aree metropolitane, nel mentre è prevista la costituzione di associazioni intercomunali per i comuni ricompresi nell'area territoriale di una unità sanitaria comunale e non coincidenti con una comunità montana.

Nei comuni metropolitani le funzioni di Governo sono esercitate dal consiglio comunale il quale istituisce per ogni azienda sanitaria locale un comitato di coordinamento composto da cinque membri scelti tra i membri del consiglio comunale o dei consigli circoscrizionali.

Nelle aree urbane l'esecutivo è composto dal presidente dell'assemblea dell'associazione intercomunale e da sei membri eletti con voto limitato nel suo seno, di cui due espressione della minoranza.

Nell'area a popolazione sparsa e non coincidente con la comunità montana, il comitato di coordinamento è costituito dal presidente e da sei membri eletti nel suo seno dall'assemblea dell'associazione intercomunale, di cui due designati dalla minoranza.

La separatezza tra organi di governo dei singoli comuni e comitato di coordinamento, sempre nella ipotesi di uno iato temporale tra i momenti di approvazione dei singoli corpi normativi di riforma, è attenuato, nelle disposizioni transitorie del disegno di legge, dalla possibilità di istituzione di organi consultivi composti dai membri del comitato di coordinamento e dagli assessori alla sanità dei comuni ricompresi nell'area territoriale della unità sanitaria locale.

Per dare al corpo normativo che sottoponiamo all'esame del Parlamento una immediata attuazione prevediamo una seconda norma transitoria atta a garantire uno stanziamento compatibile con le risorse del Paese ed idoneo allo svolgimento dell'attività di programmazione. Si è così previsto all'articolo 42 che fino all'entrata in vigore dell'imposta regionale sui consumi interni il finanziamento della spesa sanitaria non possa essere inferiore, per l'ammontare annuale per competenza del Fondo sanitario nazionale, al 5,5 per cento del

prodotto interno lordo previsto nella relazione previsionale e programmatica predisposta per il medesimo anno dal Governo.

Quasi tutti gli articoli del disegno di legge sono emendativi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per cui si è adottato il metodo di far precedere il testo di ogni singola norma dall'indicazione dell'articolo della legge di riforma sanitaria che si modifica o dopo il quale si inserisce il nuovo testo.

Le proposte di modifiche istituzionali

L'articolo 1 del disegno di legge modifica l'articolo 8, quarto comma, della legge n. 833 del 1978, integrando la composizione del Consiglio sanitario nazionale, tenuto conto del peso e del rilievo dei comuni e degli enti locali territoriali nel governo della sanità, con quattro rappresentanti dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI), di cui due in rappresentanza dei comuni metropolitani, più un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità e enti montani (UNCCEM) e un rappresentante dell'Unione delle province d'Italia (UPI).

L'articolo 2 indica l'articolazione del Servizio sanitario nazionale nel territorio della Repubblica italiana.

In totale modificazione della lettera dell'articolo 10 della legge n. 833 del 1978, si prescrive che il Servizio sanitario nazionale, servizio generale e unitario per l'intero territorio nazionale, si articoli in unità sanitarie locali che sono «ambiti territoriali», ricomprendenti il complesso dei presidi, dei servizi e degli uffici, destinati ad assolvere le funzioni del Servizio sanitario nazionale.

Alla descrizione degli ambiti territoriali, i commi 3 e 4 del nuovo testo del citato articolo 10 fanno seguire l'indicazione dei soggetti preposti al loro governo, cioè i comuni, i comuni metropolitani e le comunità montane, nonché le modalità di gestione dei presidi, dei servizi e degli uffici del Servizio sanitario nazionale, individuate, ferma restando l'autonomia statutaria e regolamentare dell'ente locale territoriale, nell'azienda erogatrice dei servizi, denominata azienda sanitaria locale.

Il successivo articolo 3 attribuisce alle regioni il compito di determinare gli ambiti

territoriali delle unità sanitarie locali, garantendo la più ampia consultazione degli enti locali interessati e delle province.

Spetta alle regioni l'adeguamento della delimitazione dei distretti scolastici e di altre unità di servizio, compresi i servizi sociali, in modo che essi di regola coincidano con il territorio delle unità sanitarie locali.

In una serie di commi definiamo le modalità del riparto degli stanziamenti del fondo sanitario regionale alle unità sanitarie locali in ottemperanza ai principi della programmazione, e tenendo conto del finanziamento del Fondo sanitario nazionale con l'imposta regionale sui consumi finali.

A questa indicazione segue la enunciazione dei principi cui le leggi regionali devono attenersi per l'attivazione da parte delle aziende sanitarie locali di gestioni per *budgets*.

Nel rinnovato interesse manifestatosi in questo primo decennio di attuazione della legge di riforma sanitaria verso il ruolo che può essere svolto dall'ente-provincia negli interventi così detti di vasta area, e in sintonia con il recupero di questo ente nel disegno delle istituzioni della Repubblica come ente di subprogrammazione e governo del territorio, con l'articolo 4 sono state estese le funzioni amministrative assegnate alle province dalla originaria formulazione dell'articolo 12 della legge n. 833 del 1978, sino a ricomprendere la assistenza tecnica ed amministrativa per la progettazione e realizzazione degli interventi di vasta area così come definiti dalla programmazione regionale, e forme di controllo, ma non di legittimità, delegate dalla regione, relativamente al conseguimento degli obiettivi di mantenimento di un equilibrato rapporto costi-benefici nelle unità sanitarie locali ubicate nella provincia. Sono inoltre attribuite funzioni di coordinamento per le competenze istituzionali in materia di igiene ambientale, di promozione di momenti di incontro tra i comuni e le unità sanitarie locali ubicate nella provincia per qualificare le attività di programmazione, formazione degli operatori, ricerca finalizzata, informazione e documentazione.

Individuati i compiti di programmazione delle regioni ed i compiti di subprogrammazione delle province, l'articolo 5 del disegno di legge attribuisce ai comuni, ai comuni metro-

politani ed alle comunità montane, tutte le funzioni amministrative in materia sanitaria che non siano espressamente riservate allo Stato e alle regioni.

La riconferma dell'attribuzione ai comuni delle funzioni amministrative viene rafforzata dalla introduzione dell'obbligo di dotarsi di un atto di programmazione, il piano di attuazione (PA), che costituisce l'atto di riferimento per i bilanci pluriennali ed annuali.

Il comma 2 della nuova formulazione dell'articolo 13 della legge n. 833 (articolo 5 del disegno di legge) si preoccupa di coordinare temporalmente e funzionalmente il piano di attuazione con il piano sanitario regionale in forza del principio che nel piano di attuazione debbono essere necessariamente definiti, per il territorio di competenza, gli obiettivi e la destinazione delle risorse, nonché gli strumenti per il loro conseguimento nei limiti indicati dal piano sanitario regionale.

Al sindaco vengono lasciate le attribuzioni di organo decentrato o delegato dello Stato, mentre vengono attribuite al consiglio comunale l'approvazione degli atti di indirizzo e programmazione attuativa.

Gli articoli 6 e 7 dettano un complesso e completo corpo normativo per definire e promuovere la partecipazione dei cittadini e degli operatori in materia di assistenza.

Il principio della partecipazione è rimasto sulla carta nel primo decennio di attuazione della legge di riforma sanitaria. Indichiamo nel disegno di legge gli strumenti di partecipazione e accesso agli atti della pubblica amministrazione. I comuni assicurano la più ampia partecipazione degli operatori, delle formazioni sociali e dei cittadini a tutte le fasi di programmazione e controllo dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro rispondenza alle finalità del Servizio sanitario nazionale. Per questo prevediamo atti di natura regolamentare per garantire l'estrinsecazione del diritto di presentare interrogazioni al sindaco e di ricevere tempestive e certe risposte» (articolo 6, comma 2). Questo diritto si riverbera anche sulla attività di gestione dell'azienda, con l'obbligo per la direzione generale dell'azienda sanitaria locale di garantire, attraverso apposito regolamento adeguatamente pubblicizzato, il diritto del cittadino ad

esprimere le proprie osservazioni e proposte sulla gestione e sul funzionamento dei servizi sanitari (articolo 7, comma 2). Una così ampia enunciazione dei modi della partecipazione non poteva avere concreta e pratica attuazione se non fosse stata accompagnata dalla piena pubblicità di tutti gli atti del comune e dell'azienda sanitaria locale, con eccezione limitata ai soli atti la cui divulgazione possa pregiudicare il diritto di riservatezza delle persone, dei gruppi e delle imprese.

Lo stato di attuazione della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale ha evidenziato distorsioni riguardo al rispetto dei parametri per la individuazione degli ambiti territoriali di ogni unità sanitaria locale. Introduciamo pertanto criteri più vincolanti prevedendo all'articolo 8 la fissazione di parametri per le tre aree socio-geo-economiche presenti nel nostro Paese: le aree metropolitane, le aree urbane e le aree a popolazione sparsa.

Sono aree metropolitane i territori dei comuni di Roma, Milano, Napoli, Torino, Bologna, Genova, Firenze, Bari e Venezia, e comuni limitrofi, così come delineati dalla legge di riforma delle autonomie locali. In dette aree l'articolazione delle unità sanitarie infracomunali è lasciata alla competenza deliberativa del comune. La legge regionale viceversa determina la base territoriale per le aree urbane, cioè per quei territori comprendenti un comune capoluogo di provincia o un comune con popolazione superiore a 50.000 abitanti e con popolazione di norma ricompresa tra 150 mila e 300 mila abitanti, e per le aree a popolazione sparsa non coincidenti con una comunità montana, definite secondo un criterio residuale ma con una forbice demografica indicata tra 80 mila e 150 mila abitanti.

Per tutte le aree considerate, le leggi regionali non potranno basarsi sul solo dato demografico e geomorfologico, ma dovranno anche tener conto della presenza sul territorio della unità sanitaria locale, di strutture sanitarie di particolare rilevanza per qualità e quantità.

Il capo II del disegno di legge si preoccupa di disciplinare il governo e la gestione della salute, indicando all'articolo 9, che sostituisce l'articolo 15 della legge 23 dicembre 1978,

n. 833, nell'organo esecutivo del comune, del comune metropolitano e della comunità montana, anche nelle forme associative e di unione così come definite dalla legge di riforma delle autonomie locali, l'organo titolare dell'esercizio della funzione di governo attribuita agli enti locali territoriali.

L'organo esecutivo ha l'obbligo di predisporre il piano di attuazione e gli altri atti da sottoporre alla approvazione del consiglio comunale, nonchè di vigilare sul funzionamento dei presidi e delle strutture e sul corretto rapporto costi-benefici delle prestazioni erogate dall'azienda sanitaria locale. Per poter compiere le funzioni di programmazione attuativa e di controllo di merito sulla erogazione dei servizi si prevede che la giunta municipale possa avvalersi di uno *staff* di esperti assunti con rapporto di lavoro di diritto privato in possesso dei necessari requisiti di professionalità documentati da un preciso *curriculum* e che non si trovino in conflitto di interessi o nelle posizioni di incompatibilità determinate dalla legge regionale.

I requisiti di professionalità che si richiedono, poichè attengono a competenze relative all'azione amministrativa e di controllo del rapporto costi-benefici nello svolgimento di attività complesse proprie delle forme di organizzazione aziendale, sono riconducibili a competenze professionali rare, che, pur essendo già presenti nel personale della pubblica amministrazione, non lo sono in maniera sufficiente.

La duplicità di funzioni, di programmazione da un lato e di sorveglianza, controllo di funzionalità ed efficienza dall'altro, ha consigliato di prevedere che la giunta possa emanare direttive vincolanti per gli organi di direzione dell'azienda sanitaria, con potere di annullamento e di revoca di atti da questa compiuti se non coperti da idonei stanziamenti di spesa o nel caso che esulino dalle funzioni assegnate. A questi compiti di sorveglianza si affiancano i poteri di programmazione-organizzazione, con la previsione del potere di fissare gli obiettivi che devono essere conseguiti da ciascuna azienda sanitaria in esecuzione del piano di attuazione comunale (articolo 9).

Prevediamo inoltre che la direzione dell'azienda sia responsabile nei confronti del

comune per l'attività tecnico-gestionale dei diversi presidi, servizi e strutture dell'area territoriale, nel rispetto dei criteri stabiliti dal piano di attuazione comunale e dalla programmazione regionale.

Il rapporto funzionale tra organi di governo del comune e organi di gestione dell'azienda è reso ancora più evidente dalla previsione del ruolo propositivo della giunta, nei confronti del consiglio comunale, per il conferimento e la revoca degli incarichi di direzione, per la predisposizione delle schede di valutazione e la motivazione delle proposte per gli incarichi direttivi.

Gli incarichi di direzione dell'azienda sanitaria locale possono essere affidati ai dirigenti dello Stato, del Servizio sanitario nazionale, delle regioni e degli enti locali nonchè a soggetti estranei alla pubblica amministrazione, in possesso di laurea e con esperienza almeno quinquennale di dirigenza di azienda, a seguito di selezione per avviso pubblico con il metodo della comparazione per requisiti omogenei. Per tutta la durata dell'incarico è previsto il regime di tempo pieno e la incompatibilità con qualsiasi altra attività lavorativa, professionale o imprenditoriale. Poichè l'incarico è temporaneo, è previsto che per tutta la durata i dirigenti provenienti dalla pubblica amministrazione siano collocati fuori ruolo nella amministrazione di provenienza.

Essi conservano tuttavia il trattamento economico e previdenziale attribuito nella qualifica di provenienza acquisendo un diritto alla retribuzione dell'incarico per la differenza.

Per i comuni metropolitani si è ritenuto opportuno inserire l'articolo 10 con il quale sono stati dettati, nel rispetto della piena autonomia statutaria e regolamentare dell'ente locale, alcuni principi idonei a creare situazioni di uniformità operativa tra tutte le aree metropolitane della Penisola. Indichiamo l'articolazione del governo della sanità in due livelli individuati nel comune metropolitano e nei municipi, riconoscendo al comune metropolitano il potere di avocazione a sè dei poteri decentrati, nel caso di omissioni o di comprovati inadempimenti. Richiamiamo anche i poteri di una programmazione concorrente con la programmazione regionale, sempre e solo per le aree metropolitane, con la previsio-

ne del piano sanitario di area, definito come «parte integrante del piano sanitario regionale».

Le proposte gestionali

La ratio che ci ha guidato per le nuove proposte di gestione del Servizio sanitario nazionale fa riferimento all'ampia discussione che ha investito questo settore.

Il dibattito ha evidenziato la necessità di un rilancio del Servizio sanitario nazionale su basi di accresciuta efficienza e produttività, con ciò respingendo gli attacchi tendenti a presentarlo come un settore di attività pubblica nel quale imperano solo incompetenze, disfunzioni, corruzioni e truffe.

Abbiamo voluto cogliere i nodi ancora da sciogliere, i meccanismi da cambiare, i problemi da affrontare, le mentalità da modificare, per invertire una situazione chiaramente insoddisfacente, in un approccio costruttivo contro privatizzazioni che propongono un sistema di efficienza di tipo mercantile, accettando, quindi, che il livello di salute dei cittadini possa essere diverso in relazione alla rispettiva capacità economica.

Abbiamo guardato alla realtà dei fatti come sono andati evolvendo verso unità sanitarie locali come aziende, sia pure *sui generis*, costrette a vivere all'interno di regole amministrative pubbliche che rendono estremamente difficile la realizzazione di finalità di efficienza ed economicità dei servizi erogati.

Ne deriva la linea di evoluzione verso un *management* all'altezza dei problemi e, quindi, verso una cultura della direzione, orientato *problem solving*, in contrapposizione con l'amministrazione di una realtà per «competenze», finalizzata alla corrispondenza degli atti che il sistema compie a canoni generali.

Un obiettivo di questa natura comporta il riorientamento delle politiche gestionali e di governo; nel particolare, una nuova definizione dei processi decisionali e delle responsabilità, distinguendo quelle specificatamente di tecnica sanitaria da quelle di determinazione degli obiettivi di sistema ed in quest'ambito quelle politiche da quelle di *management*; infine, la riforma del controllo politico e tecnico circa i risultati ottenuti.

I servizi sanitari hanno necessità di operare con autonomia e snellezza di procedura, con controlli sui risultati e non sui singoli atti, disponendo di strumenti di incentivazione della capacità direzionale e della professionalità.

Riteniamo che in questo modo possiamo affrontare il passaggio della integrazione europea, dando all'Italia un sistema sanitario pienamente funzionante.

L'azienda sanitaria locale

Il disegno di legge definisce lo strumento dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane per la gestione dei presidi, dei servizi e degli uffici del Servizio sanitario nazionale. Gli enti predetti si avvalgono, per la gestione, di un'azienda erogatrice di servizi chiamata azienda sanitaria locale.

L'utilizzo del concetto d'azienda non significa il perseguimento di finalità di reddito, ma una modalità di organizzazione economica (Borgonovi, Zangrandi) al fine di perseguire la costante ricerca di un giusto valore delle risorse da impiegare in vista del miglior rapporto risorse-risultati.

In quest'ambito si pone la distinzione tra aziende che organizzano ed attuano la produzione di beni ed aziende che organizzano ed attuano il consumo di servizi. Le finalità delle prime sono raggiunte con la produzione, per il mercato, di beni e/o servizi; l'attività delle seconde è finalizzata alla soddisfazione dei bisogni di soggetti in relazione ai quali queste dispongono di una ricchezza che proviene loro da terzi.

La chiara separazione tra le due categorie aziendali predette permette di inquadrare gli strumenti degli enti locali per la gestione del Servizio sanitario nazionale nella fattispecie delle aziende composte ai fini erogativi (Amauzzi).

Nell'impostazione di un sistema di rilevazione tendente al controllo interno della gestione, passo propedeutico per una puntuale imputazione della responsabilità delle decisioni ai soggetti che realmente le assumono, nella convinzione che l'azienda sanitaria locale sia riferibile ad un contesto organizzativo di tipo professionale, proponiamo una metodologia gestionale basata sulla traduzione degli obietti-

vi determinati dall'organo di governo in programmi attuativi, per ogni unità decisionale omogenea (centro di responsabilità), al fine di poter riscontrare la corrispondenza tra i costi delle decisioni assunte ed i vantaggi dei risultati conseguiti.

La proposta che ne deriva è la budgettizzazione della gestione aziendale: essa consente la definizione delle responsabilità assunte, avuto riguardo al rapporto mezzi impiegati-obiettivi raggiunti.

Questo processo, che presuppone una pratica per obiettivi, dedicata alla soluzione dei problemi, è indispensabile per il superamento dell'attuale stato di fatto che, per unanime ammissione, non ha le capacità di realizzare efficienza.

Particolare importanza annettiamo, nella indicazione degli organi dell'azienda sanitaria locale, all'ufficio di revisione interna. È un momento imprescindibile lungo la strada della ricerca di una efficienza gestionale che individui precisi spazi di libertà decisionale e puntuali riscontri circa la responsabilità assunta con la decisione, avuto riguardo alla finalizzazione o meno di questa al raggiungimento degli obiettivi affidati.

L'impostazione della funzione non è nuova, poichè l'*auditing* interno è ben noto a tutte le aziende che hanno un minimo di complessità e che vogliono valutare il significato economico della gestione dal proprio interno. Una cultura gestionale non è ancora patrimonio comune dei tecnici dell'organizzazione operanti nelle diverse strutture del Servizio sanitario nazionale.

Anche ai fini dell'autonomia funzionale e gestionale del presidio ospedaliero, sono individuati i documenti contabili che rendono effettiva e delimitano l'autonomia nel versante dell'impiego delle risorse.

Scopo è quello di garantire la disponibilità di risorse al presidio ospedaliero senza, tuttavia, creare doppioni di attività amministrative. A questo proposito il metodo budgettario appare ottimale, poichè definisce le risorse di cui può disporre il presidio ospedaliero, senza imporre la tenuta di una contabilità formale.

In coerenza con il sistema budgettario è previsto un conto di esercizio del presidio, da allegare al conto consuntivo annuale dell'azienda sanitaria locale, strumento formale

con il quale viene data dimostrazione dell'impegno delle risorse affidate al presidio.

Dal momento che alla direzione sanitaria del presidio ospedaliero viene affidata la responsabilità della gestione complessiva appare logico che alla stessa vengano riconosciute facoltà nell'ambito della determinazione delle risorse e della loro rendicontazione. A tale riguardo, proponiamo che la direzione sanitaria sia sentita dalla direzione generale dell'azienda sanitaria locale per la determinazione del *budget*, e il conto di esercizio del presidio sia da questa approvato.

Al fine di garantire un compiuto controllo sull'efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale, è però indispensabile che l'attività in tal senso costituisca una linea continua che tagli i diversi livelli di governo e di gestione del sistema.

Proponiamo, quindi, l'istituzione del «Servizio centrale di assistenza alla gestione della azienda sanitaria locale» presso il Ministero della sanità e di uffici di valutazione dell'efficienza gestionale dell'azienda sanitaria locale a livello di ogni regione e provincia autonoma. I compiti affidati al primo sono duplici: di definizione ed aggiornamento di appositi progetti di ricerca e di valutazione della funzionalità del sistema. Nell'ambito della definizione ed aggiornamento dei metodi di valutazione, il Servizio centrale opera in collaborazione con gli uffici di valutazione regionali. Gli uffici di valutazione regionale hanno poteri di sostituzione per gli atti gestionali attinenti alla verifica di funzionalità, eventualmente non posti in essere nell'azienda sanitaria locale e predispongono una relazione annuale al presidente della giunta regionale competente sui risultati dell'attività di verifica e sulle condizioni generali di funzionalità delle aziende sanitarie locali della regione.

Arco di volta di un sistema gestionale orientato alla soluzione dei problemi è la riformulazione dell'intero sistema contabile. Si provvede mediante delega al Governo, entro un anno dalla entrata in vigore della legge, per la predisposizione di un provvedimento unitario contenente le norme fondamentali sull'amministrazione, la gestione e la contabilità delle aziende sanitarie locali, le norme di contabilità regionale con alcuni principi che

s'intendono irrinunciabili: in particolare, accanto alla tenuta della contabilità finanziaria, che articola in un bilancio di previsione, rispettivamente triennale di competenza ed annuale di cassa ed in un conto consuntivo annuale di competenza e di cassa, sono previste, tra l'altro:

la contabilità per centri di costo per le attività che concorrono alla spesa di mantenimento, spesa in conto capitale, spesa di sviluppo;

la gestione per *budget* dei programmi e progetti rientranti nella sezione della spesa di sviluppo;

l'iscrizione delle risultanze complessive del bilancio di previsione triennale ed annuale e del conto consuntivo annuale nei pari documenti contabili dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane titolari delle funzioni;

la costituzione dell'ufficio di revisione interna dell'azienda sanitaria locale, inteso come ultimo anello del sistema di riscontro della funzionalità e dell'efficienza;

la certificazione del conto consuntivo annuale da parte di una commissione composta da rappresentanti del Ministero del tesoro, della sanità e della regione competente.

Si tratta di un complesso di principi che garantiscono l'idoneità del sistema contabile dell'azienda sanitaria locale, nell'ambito del sistema contabile regionale, alle funzioni di controllo di efficienza e di funzionalità.

Per la complessità del problema, è prevista la nomina di una commissione tecnica, estremamente qualificata, incaricata della proposta di uno schema di decreto in materia secondo i principi sopra indicati.

La necessità, per il Servizio sanitario nazionale, di uscire dalle secche di un finanziamento previsionale incoerente con gli obiettivi assegnati e di un successivo ripiano a piè di lista che premia le inefficienze e gli sprechi è ampiamente nota.

Il disegno di legge intende predisporre, alla luce di una rivisitazione critica di ciò che è accaduto dal 1980 ad oggi, un sistema capace di definire un credibile sistema di riferimenti finanziari all'interno dei quali far operare il Servizio sanitario nazionale.

Caposaldi di questa impostazione sono la determinazione triennale del Fondo sanitario nazionale attraverso la legge di cui al quarto comma dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

La determinazione tiene conto sia dello stanziamento a tale titolo nel bilancio dello Stato sia del gettito dell'imposta regionale sui consumi interni di cui all'articolo 37 e seguenti del presente disegno di legge sia delle entrate dirette. Annualmente, con la legge finanziaria, è aggiornato il valore del Fondo sanitario nazionale in termini di competenza, in relazione al tasso di inflazione presunto, ed è determinato l'ammontare del medesimo in termini di cassa.

La previsione annuale del Fondo sanitario nazionale è iscritta, con la legge di approvazione del bilancio dello Stato, nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, venendo così a sanare una delle più rimarchevoli incongruità della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che separa la responsabilità del governo e della gestione del Servizio sanitario nazionale, affidata al Ministero della sanità, dalla determinazione delle risorse occorrenti, affidata al Ministero del tesoro.

Il Fondo sanitario nazionale, distinto nella quota per la spesa corrente e quella in conto capitale, è ripartito triennialmente tra la regioni e le province autonome dal Comitato interministeriale per la programmazione economica, in relazione alla legge pluriennale di finanziamento. Nella ripartizione devono essere tenute presenti le indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale, che devono avere come fine: per la quota destinata alla spesa corrente, il riequilibrio della soddisfazione della domanda sanitaria nel Paese e, per la quota destinata al conto capitale, i piani di trasformazione per il riequilibrio e l'innovazione del Servizio sanitario nazionale, tenute presenti le necessità del mantenimento delle strutture in essere. I trasferimenti alle regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale derivanti dallo stanziamento statale sono effettuati all'inizio di ciascun trimestre con provvedimenti dei Ministeri della sanità e del bilancio e della programmazione economica.

Le quote del Fondo sanitario nazionale sono iscritte dalle regioni nei rispettivi bilanci all'interno degli stanziamenti del fondo comune mentre il gettito dell'imposta regionale è iscritto nel titolo I dell'entrata dei bilanci stessi. In tal modo l'autonomia decisionale nell'impiego delle risorse per il Servizio sanitario nazionale delle regioni e delle province autonome è piena, affermandone nel contempo la totale responsabilità circa eventuali sfondamenti, avendo ricondotto la spesa sanitaria, ad ogni titolo, tra le funzioni ordinarie delle regioni. Questa impostazione permette alle regioni e province autonome anche il ricorso a forme di finanziamento a medio-lungo periodo, attualmente non possibili.

In armonia con i principi appena espressi, con l'articolo 34 viene regolamentato il rapporto tra le regioni e gli enti locali e le aziende sanitarie locali. Viene prevista la possibilità, in coerenza con il piano sanitario regionale, di disporre di un fondo per lo sviluppo alimentato in parte dal finanziamento destinato alla spesa corrente, fino ad un massimo del 5 per cento, ed in parte da quello destinato alla spesa in conto capitale, fino al 50 per cento del suo valore. I trasferimenti ai comuni, comuni metropolitani, comunità montane, avvengono trimestralmente e la legge regionale definisce le opportune scritture contabili nei bilanci per la distinta rilevazione delle risorse che dalla regione o provincia autonoma giungono alla disponibilità gestionale delle aziende sanitarie locali.

I presidi ospedalieri

1. Le difficoltà che hanno caratterizzato questi primi anni di attuazione della riforma sanitaria hanno naturalmente investito anche gli ospedali.

Si tratta, tuttavia, di una crisi non attribuibile alla legge di riforma. Manifestatasi con particolare acutezza proprio nel periodo in cui gli ospedali erano enti autonomi, essa era originata dalla carenza di risorse, dalle caratteristiche dell'ordinamento introdotto dalla legge n. 132 del 1968, e dalla inadeguatezza delle procedure che ne regolavano la gestione. La separazione rispetto alle altre attività sanitarie ne impediva, tra l'altro, una sua evoluzione

come componente di un più generale sistema rivolto alla promozione della salute e ne accentuava gli squilibri per la difficoltà di adeguarsi ai ritmi richiesti dal rapido sviluppo scientifico e tecnologico.

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale ha certamente migliorato l'assistenza ospedaliera a livello di rete, mentre non ha risolto i problemi dei grandi ospedali, per gli stessi motivi che caratterizzano le difficoltà degli altri comparti: l'insufficienza delle risorse finanziarie ed in particolare di quelle relative agli investimenti, l'accentuazione, voluta dai vari provvedimenti nazionali, di elementi di burocratizzazione nella gestione amministrativa delle unità sanitarie locali.

È da aggiungere che l'ospedale uscito dalla riforma non ha presentato elementi di novità, ma ha mantenuto il vecchio ordinamento, vincolato ai modelli divisionali.

La risposta che da più parti si dà, diretta al recupero dell'autonomia di queste strutture sotto il profilo istituzionale, è da considerare un ennesimo tentativo di aggirare gli ostacoli senza fornire elementi al loro superamento.

2. Il disegno di legge del Gruppo parlamentare comunista riconferma, invece, l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale, mantenendo il presidio ospedaliero quale struttura dell'azienda sanitaria locale, cercando di dare risposta ai problemi reali che sono quelli di:

assicurare strumenti di gestione adatti, nei tempi e nelle procedure, alle caratteristiche dell'attività svolta;

fornire risorse che tengano conto del diverso ruolo svolto da singoli presidi;

definire con certezza alcuni requisiti obbligatori in grado di garantire la qualità dell'assistenza ed il permanente adeguamento della struttura allo sviluppo scientifico e tecnologico;

modificare l'ordinamento interno per rendere possibile l'organizzazione dipartimentale delle attività.

3. In materia di classificazione si ritiene improponibile una ipotesi che riproduca la legge n. 132 del 1968.

I presidi non possono più essere classificati per modelli rigidi, costituendo la localizzazio-

ne delle specialità e dei servizi un *continuum* da dotare di ampia flessibilità, in relazione al rapido evolversi delle conoscenze e degli *standards* di riferimento e di utilizzazione delle diverse tecnologie. Resta il problema della adozione di indici finalizzati ad una assegnazione di finanziamenti per una allocazione razionale delle risorse.

4. Nella definizione dei requisiti obbligatori, più che richiamare *standards* edilizi e organizzativi, abbiamo indicato gli elementi di qualità che debbono essere presenti nella erogazione dell'assistenza ospedaliera e gli strumenti di cui ogni presidio deve essere dotato. Ciò costituisce premessa per l'introduzione, anche nel nostro Paese, di sistemi di accreditamento e di verifica di qualità dell'assistenza e per dare certezza del rispetto dei diritti del cittadino.

5. In materia di ordinamento interno è da ricordare che il primo tentativo di introdurre negli ospedali italiani l'organizzazione dipartimentale risale alla legge n. 132 del 1968, ed ha visto una continua riproposizione, sia pure con formulazioni diverse, in leggi successive, fino alla legge n. 595 del 1985.

Ciononostante, ad oggi la disposizione di legge non ha trovato concreta attuazione.

La causa è da ricercare nella equivocità di una scelta tendente a sovrapporre l'organizzazione dipartimentale a quella divisionale; anche la legge n. 595 del 1985, nel disporre la ristrutturazione delle degenze ospedaliere in aree funzionali omogenee, riconferma l'articolazione di queste ultime in divisioni, sezioni e servizi speciali di diagnosi e cura.

Se aggiungiamo le indicazioni contenute nel decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, ne consegue che la struttura dipartimentale configurata non dispone di alcun potere reale di indirizzo, coordinamento e integrazione dei piani di lavoro e dell'organizzazione generale dell'area dipartimentale, rimanendo affidata alla volontà di collaborazione dei singoli.

Il nostro disegno di legge opera una scelta precisa, sostituendo l'organizzazione dipartimentale a quella divisionale: la proposta è quella di andare ad una separazione fra area organizzativa e area professionale.

È a livello dipartimentale che si assegnano gli spazi di lavoro e le aree di degenza

disponibili per le singole discipline in modo flessibile e sulla base di specifici piani di lavoro. Sempre allo stesso livello risiedono le responsabilità in materia di organizzazione, di assegnazione del personale, di documentazione, di verifica di qualità.

Gli specialisti sono organizzati in *équipes* con un responsabile che, sulla base dei regolamenti e dei programmi dipartimentali, esercita funzioni di indirizzo e di verifica esclusivamente sulle prestazioni di diagnosi e cura e sulla loro attuazione, nel rispetto dell'autonomia professionale operativa del personale assegnatogli.

Ciascuna *équipe* specialistica assicura le sue prestazioni nelle diverse aree dipartimentali con una organizzazione del servizio per fasce di cura.

Tale modello organizzativo richiede un ruolo di più diretta responsabilità del personale infermieristico che assicura l'assistenza ai pazienti, sulla base di protocolli definiti all'interno delle proprie competenze professionali.

Prevediamo due modelli di dipartimento:

i dipartimenti per funzione, che rappresentano la modalità di aggregazione delle attività per area di degenza, e i dipartimenti per progetto, che aggregano, anche temporaneamente, intorno a specifici programmi, i dipartimenti per funzione o componenti degli stessi con altri servizi sanitari, ospedalieri ed extra-ospedalieri e socio-assistenziali.

Questo secondo tipo di dipartimento ha soprattutto finalità di coordinamento tecnico-scientifico.

I criteri di aggregazione dei dipartimenti per funzione sono quelli della intensità di cura.

6. Nei due modelli di dipartimenti vengono individuati, come organi, l'assemblea e il comitato esecutivo, attraverso i quali viene assicurata la più ampia partecipazione degli operatori alle scelte e recuperato un livello di gestione collegiale dei responsabili delle *équipes* specialistiche.

Il responsabile è per i dipartimenti funzionali il direttore e per quelli di progetto il coordinatore.

La distinzione è legata al diverso ruolo ed alla rilevanza «strutturale» dei dipartimenti per funzione. Per lo stesso motivo e nel quadro della impostazione «aziendale» la nomina del

direttore è affidata all'azienda sanitaria locale.

7. L'articolo 20 individua per ogni presidio ospedaliero una direzione che, nel quadro dell'autonomia funzionale e gestionale prevista, risponde della utilizzazione del *budget* assegnato e del perseguimento degli obiettivi ed indirizzi fissati dalla programmazione e dai piani di lavoro.

Viene affidato alle singole regioni il compito di disciplinare il funzionamento di tale organismo. Sempre con lo stesso articolo, viene affidata alla regione la disciplina del consiglio di ospedale come strumento di consultazione degli operatori su tutte le questioni relative alle scelte fondamentali che regolano la vita interna dell'ospedale nei suoi aspetti tecnico-funzionali.

Una specifica commissione è, altresì, prevista in rappresentanza dei movimenti dei diritti del malato. Giudichiamo di particolare rilevanza poi le prescrizioni in ordine al governo della qualità della prestazione farmaceutica, esplicitando appieno il principio di economicità ed efficacia del prontuario terapeutico, già indicato nella legge n. 833, e indicando responsabilità e ruoli del Ministero della sanità e della Commissione unica.

Il personale

Il riordinamento istituzionale, gestionale e organizzativo del Servizio sanitario nazionale fin qui delineato implica, necessariamente, anche un incisivo rinnovamento della disciplina del personale, che costituisce ad un tempo il fattore decisivo per l'efficace azione di promozione e tutela della salute ed il terreno sul quale sono venuti accumulandosi consistenti elementi di critica e di insoddisfazione.

Sulla situazione del personale delle unità sanitarie locali hanno pesato negativamente aspetti rilevanti e specifici di inadempienza e di ritardo, che coinvolgono in diversa misura, e con gradi di responsabilità differenziati, il Governo, le forze politiche, le regioni, lo stesso movimento sindacale.

Resta tuttavia evidente che l'ordinamento previsto dalla legge istitutiva, così com'è stato attuato con il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 e con i vari provvedimenti amministrativi e successiva-

mente confermato nella legge quadro del pubblico impiego, rivela oggi la sua strutturale inadeguatezza alle esigenze di funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

Il capo IV dell'articolato, le cui disposizioni, tra l'altro, sostituiscono interamente quelle contenute nel capo IV del primo titolo della legge istitutiva, conservandone peraltro le parti compatibili, si propone di tradurre questa nuova consapevolezza in una coerente riforma ordinamentale, che assume quali principali criteri-obiettivi:

a) una considerazione del personale operante nel Servizio sanitario nazionale quale fondamentale risorsa organizzativa e fattore produttivo;

b) la conferma del regime pubblicistico come condizione di più sicura garanzia dei diritti dei cittadini e delle formazioni sociali alla tutela della salute individuale e collettiva;

c) l'utilizzazione di un'ampia gamma di rapporti di prestazione, tale da agevolare la flessibilità dell'organizzazione ed una maggiore aderenza ai programmi, agli obiettivi ed alle esigenze specifiche di ciascuna realtà;

d) l'ulteriore delegificazione degli istituti e degli aspetti del rapporto più funzionalmente connessi all'organizzazione delle attività e del lavoro;

e) la valorizzazione delle diverse professionalità e delle distinte aree di applicazione, unita ad una nuova considerazione delle risorse formative come volano dello sviluppo professionale dello stesso percorso di carriera degli operatori;

f) la definizione di un quadro trasparente delle responsabilità, fondato su una più chiara distinzione tra responsabilità professionale e responsabilità organizzativa, tra sviluppo professionale e ruoli manageriali, tra funzione politico-amministrativa e funzione tecnico-gestionale, allo scopo di rafforzare l'identità ed il ruolo sociale della struttura operativa e favorire la partecipazione dei cittadini.

Nel testo che proponiamo all'esame ed all'approvazione del Parlamento tali criteri si esprimono in un complesso di norme dispositive, di principio e indirizzo cui conformare, nell'ambito delle rispettive competenze, l'ulteriore attività legislativa del Parlamento e delle

regioni e la produzione normativa del Governo, delle medesime regioni e degli organi del governo locale.

Per quanto attiene più direttamente alla competenza del Parlamento, particolare rilievo assume a questi fini la legge sullo stato giuridico del personale dipendente prevista dal nuovo articolo 47-bis di cui all'articolo 24 del testo in esame, che dovrà sostituire il vigente decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979.

È infatti in quella sede che dovranno essere puntualmente disciplinati aspetti di grande rilevanza e risolte annose questioni, tra cui: un più funzionale ordinamento delle qualifiche professionali e delle posizioni, più moderne ed efficaci procedure di selezione per l'accesso all'impiego e lo sviluppo di carriera, rigorosi criteri di incompatibilità, le attività libero-professionali intra ed extra-ospedaliere, un sistema di giuste garanzie per gli operatori in un contesto organizzativo fortemente connotato dalle preminenti finalità di servizio pubblico dell'azienda sanitaria.

Tra gli aspetti di maggior rilievo affrontati direttamente nella proposta di legge-quadro, in coerenza con i criteri ispiratori dichiarati, è l'esigenza di consentire una più libera disponibilità delle risorse e dei fattori organizzativi, costituendo la loro attuale rigidità e frammentazione un limite al perseguimento di più elevati livelli di efficienza e produttività dei servizi.

Nello stesso contesto logico si collocano anche il principio dell'unitarietà e contestualità degli accordi nazionali ed i procedimenti volti a garantire l'omogeneità dei trattamenti tra medici dipendenti e convenzionati, già prevista dalla legislazione vigente ma finora inattuata anche a causa proprio della separazione e non contestualità delle contrattazioni.

Nella proposta del Gruppo parlamentare comunista trova evidenza anche la disciplina delle incompatibilità, una questione ancora non risolta e che è alla base di molti dei caratteri di diffuso scadimento del servizio pubblico, anche dal punto di vista della correttezza dei comportamenti professionali, quando non di vera e propria corruzione.

L'esigenza di una correlazione funzionale tra obiettivi e risorse, senza la quale ogni pro-

grammazione è privata di significato, trova elementi di sostegno e spazi di agibilità in una maggiore flessibilità degli organici e nell'implementazione concettuale e pratica del principio di mobilità.

Ne sono espressioni significative, oltre alle norme che prevedono la temporaneità delle funzioni di direzione e consentono il reperimento del *management* aziendale in un mercato non limitato al Servizio sanitario nazionale, il superamento dell'ordinamento in «ruoli», caratterizzato da profili professionali predeterminati per legge; la sostituzione del concetto ottocentesco di «pianta» organica con quello più dinamico di dotazione funzionale; l'introduzione della mobilità territoriale da sede a sede e funzionale da struttura organizzativa a struttura organizzativa, della mobilità professionale ad altro profilo compatibile.

Risultano evidenti le implicazioni pratiche di innovazioni normative, per le quali non solo i titolari della gestione ma altresì gli stessi lavoratori possono riceverne incentivo all'arricchimento professionale e occasioni di valorizzazione del lavoro. In tal modo si possono costituire, in un contesto di scelte di convenienza tra risorse alternative e fungibili (personale dipendente, ricorso a professionisti ester-

ni, appalti, tecnologie sostitutive di lavoro umano), garanzie ben più gratificanti delle attuali protezioni, che talvolta scadono a privilegio corporativo privo di motivazioni accettabili anche alla sensibilità dei cittadini.

Il disegno di legge, del resto, contempla un significativo rafforzamento del sistema di garanzie fondamentali per i diritti dei lavoratori, attraverso il recepimento in via generale delle norme compatibili della legge n. 300 del 1970, e la piena valorizzazione del ruolo contrattuale delle organizzazioni sindacali, contestualmente all'indispensabile riconoscimento e tutela dei diritti di informazione, di partecipazione e di controllo sociale sul funzionamento dei servizi da parte dei cittadini e degli utenti.

I contenuti di riforma del disegno di legge, per gli aspetti più significativi relativi all'ordinamento e all'organizzazione del personale, che sono stati delineati, trovano inoltre alcuni primi elementi di completamento e di sviluppo in specifiche disposizioni per un immediato, seppur necessariamente parziale, riordinamento delle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie e nell'indirizzo per la ristrutturazione organizzativa, su basi di autonomia tecnico-funzionale, dei servizi di assistenza infermieristica.

DISEGNO DI LEGGE

CAPO I.

DISPOSIZIONI ORDINAMENTALI

Art. 1.

(Consiglio sanitario nazionale)

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

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

Art. 2.

(Articolazione del Servizio sanitario nazionale)

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

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

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

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

4. Per la gestione dei presidi, dei servizi e degli uffici del Servizio sanitario nazionale, i comuni, i comuni metropolitani e le comunità montane, nell'ambito della propria autonomia

statutaria e regolamentare, si avvalgono di un'azienda erogatrice di servizi, denominata azienda sanitaria locale. I comuni, i comuni metropolitani e le comunità montane possono attribuire all'azienda sanitaria locale la gestione degli interventi di carattere sociale».

Art. 3.

(Competenze regionali)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 4.

(Attribuzioni delle province)

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

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

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

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

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

Art. 5.

(Attribuzioni dei comuni e delle comunità montane)

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

«Art. 13. - *(Attribuzioni dei comuni)*. - 1. Sono attribuite ai comuni, ai comuni metropolitani ed alle comunità montane, tutte le funzioni amministrative in materia sanitaria che non siano espressamente riservate allo

Stato e alle regioni. Per l'esercizio di tali funzioni predispongono un piano di attuazione.

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

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

Art. 6.

(Principi e strumenti della partecipazione)

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

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

Art. 7.

(Diritti d'accesso e di informazione del cittadino)

1. Tutti gli atti dei comuni, dei comuni metropolitani, delle comunità montane e delle aziende sanitarie locali sono pubblici, ad eccezione di quelli riservati per espressa previsione di legge o per effetto di temporanea e motivata dichiarazione del sindaco o del direttore generale dell'azienda sanitaria locale per quanto di competenza, che ne vieti

l'esibizione in quanto la loro diffusione possa pregiudicare il diritto alla riservatezza delle persone, dei gruppi o delle imprese.

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

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

4. Al fine di rendere effettiva la partecipazione dei cittadini all'attività dell'amministrazione, gli enti locali disciplinano la promozione e l'organizzazione di sedute di dibattito pubblico, nonchè forme di *auditing* e l'accesso alle strutture ed ai servizi degli enti stessi, ivi comprese le sale per manifestazioni pubbliche ed i servizi tipografici, agli enti, alle organizzazioni di volontariato, e alle associazioni che perseguono finalità umanitarie, scientifiche, culturali, religiose, politiche, di promozione sociale e civile, di salvaguardia dell'ambiente naturale e del patrimonio culturale e artistico.

Art. 8.

(Aree territoriali)

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

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

a) sono aree metropolitane i territori dei comuni di Roma, Milano, Napoli, Torino,

Bologna, Genova, Firenze, Bari e Venezia, e i territori dei comuni limitrofi;

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

c) sono aree a popolazione sparsa le altre.

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

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

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

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

CAPO II.

IL GOVERNO E LA GESTIONE DELLA SALUTE

Art. 9.

(Funzione di governo)

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

«Art. 15 - *(Struttura e funzionamento delle unità sanitarie locali)*. - 1. Le funzioni attribuite agli enti locali territoriali di cui all'articolo

10 sono esercitate dai competenti organi di governo dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane.

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

a) approva:

1) il regolamento istitutivo dell'azienda sanitaria locale;

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

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

4) la dotazione organica complessiva del personale;

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

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

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

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

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

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

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

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

b) la vigilanza sul funzionamento dei presidi e servizi e sul mantenimento di un

corretto rapporto costi-benefici delle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie locali;

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

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

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

Art. 10.

(Comuni metropolitani)

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

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

- a) comune metropolitano;
- b) municipi.

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

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

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

piano di attuazione in esecuzione della programmazione regionale.

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

Art. 11.

(L'azienda sanitaria locale)

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

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

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

3. Sono organi dell'azienda sanitaria locale:

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

4. La direzione generale è composta:

- a) dal direttore dell'azienda;
- b) dal coordinatore sanitario;
- c) dal coordinatore amministrativo;
- d) dal coordinatore dei servizi sociali nei casi di cui al quarto comma dell'articolo 1.

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

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

b) approva il *budget* finanziario annuale del presidio ospedaliero per il perseguimento degli obiettivi e degli indirizzi fissati dalla

programmazione regionale e dal piano attuativo;

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

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

7. Il direttore dell'azienda di cui alla lettera b) del comma 3 è il responsabile dell'attuazione dei programmi e del conseguimento degli obiettivi definiti dall'organo di governo. A tale fine adotta, sentita la direzione generale, tutti gli atti di amministrazione necessari, che non siano di competenza dell'organo di governo, ed ogni altra determinazione in conformità del regolamento istitutivo. Ha la rappresentanza legale attiva e passiva dell'azienda.

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

9. Dirige l'ufficio di revisione interna un funzionario della carriera dirigenziale dei ruoli dei comuni, comuni metropolitani e comunità montane dell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria locale, nominato per un quinquennio dalla regione su proposta degli organi di governo degli enti predetti.

10. La legge regionale disciplina i compiti e le modalità di funzionamento dell'ufficio di revisione interna prevedendo:

a) l'istituzione ed applicazione di un sistema di controlli interni diretti a favorire l'economia e l'efficienza dell'impiego delle risorse;

b) lo sviluppo del sistema di controlli interni secondo il principio della contabilità direzionale;

c) l'assistenza nella predisposizione del piano di attività dell'azienda sanitaria locale;

d) l'assistenza agli organi di gestione nell'attuazione delle attività e verifica del conseguimento dell'efficienza;

e) lo studio dei processi gestionali in atto

nell'azienda sanitaria locale per migliorare la conoscenza dei processi rispetto ai fini;

f) l'applicazione delle procedure di controllo definite dal Ministero della sanità e dalla regione.

11. L'ufficio di revisione interna predispone annualmente una relazione sui risultati dell'attività di verifica e sulle condizioni generali della funzionalità dell'azienda sanitaria locale, da inviare all'organo di governo ed al presidente della giunta regionale competente.

12. Il consiglio sanitario di cui alla lettera d) del comma 3 è l'organo di consulenza della direzione generale per gli aspetti tecnico-sanitari della gestione dell'azienda sanitaria locale. Esso è obbligatoriamente sentito dalla direzione generale dell'azienda sanitaria locale avuto riguardo a:

- a) l'organizzazione dei servizi sanitari;
- b) gli investimenti immobiliari e le attrezzature tecnologiche;
- c) le proposte di modifiche dell'organico;
- d) la definizione e l'attribuzione dei *budgets* ai sensi del nono comma dell'articolo 11;
- e) la relazione sanitaria annuale.

13. Il consiglio sanitario, presieduto dal coordinamento sanitario, è eletto per un quinquennio dal personale del luogo sanitario. La legge regionale determina il numero dei componenti e le modalità di elezione.

14. L'assenza non giustificata a tre riunioni consecutive del consiglio sanitario comporta la decadenza.

15. Il consiglio sanitario è convocato almeno una volta ogni due mesi.

16. L'ufficio di direzione di cui alla lettera e) del comma 3 è l'organo di consulenza della direzione generale per gli aspetti tecnico-amministrativi della gestione dell'azienda sanitaria locale. È obbligatoriamente sentito dalla direzione generale dell'azienda sanitaria locale avuto riguardo a:

- a) l'organizzazione dei servizi amministrativi;
- b) i contratti pluriennali o dai quali derivi un impegno finanziario superiore al limite stabilito dalla legge regionale;
- c) gli orari di apertura di servizi e presidi e le modalità di erogazione delle prestazioni all'utenza;

- d) le proposte di modifiche all'organico;
- e) gli investimenti immobiliari e le attrezzature tecnologiche;
- f) il bilancio annuale di cassa e la proposta di approvazione del conto consuntivo.

17. Gli incarichi di direttore dell'azienda, di coordinatore sanitario, di coordinatore amministrativo sono conferiti mediante selezione a seguito di avviso pubblico.

18. La legge regionale stabilisce i criteri e le modalità di selezione, nel rispetto dei seguenti indirizzi:

a) ammissibilità alla selezione, oltre che dei dirigenti del Servizio sanitario nazionale, dei dirigenti di ruolo dello Stato, delle regioni e degli enti locali, nonché di soggetti estranei alla pubblica amministrazione in possesso, secondo casi, di laurea attinente all'organizzazione e gestione di sistemi aziendali complessi o in medicina e chirurgia, con esperienza almeno quinquennale di dirigenza di aziende non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale;

b) attuazione della selezione con il metodo della comparazione per requisiti omogenei, comprovanti la capacità dirigenziale, la capacità tecnica e la capacità organizzativa;

c) la prescrizione, per la durata dell'incarico, del regime di tempo pieno e della incompatibilità con qualsivoglia altra attività lavorativa, professionale o imprenditoriale.

19. Per la durata dell'incarico i dirigenti del Servizio sanitario nazionale, i dirigenti dello Stato e degli enti pubblici sono collocati fuori ruolo, conservando il trattamento economico e previdenziale attribuito alla qualifica di appartenenza; il corrispettivo per l'incarico sarà, in tal caso, corrisposto al netto del trattamento economico e previdenziale attribuito alla qualifica di appartenenza.

20. La revoca anticipata dell'incarico può essere disposta con atto motivato nel caso di accertamento di inadempienze che comportino il venir meno del vincolo fiduciario».

2. Il primo comma dell'articolo 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è abrogato.

Art. 12.

(Funzioni dell'azienda sanitaria locale)

1. Nell'ambito delle proprie competenze l'azienda sanitaria locale provvede ad assicurare le seguenti funzioni:

- a) educazione sanitaria;
- b) igiene dell'ambiente;
- c) prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
- d) promozione della salute della donna e del bambino e del diritto alla procreazione libera e consapevole;
- e) informazione, prevenzione e cura delle tossicodipendenze;
- f) informazione, prevenzione e cura dell'AIDS;
- g) promozione della salute nell'età evolutiva anche nell'ambiente scolastico;
- h) prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- i) prevenzione e tutela sanitaria nelle attività sportive;
- l) assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;
- m) assistenza medico specialistica, ambulatoriale e domiciliare;
- n) assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
- o) riabilitazione;
- p) assistenza farmaceutica e vigilanza sulle farmacie;
- q) igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
- r) profilassi e polizia veterinaria; ispezione e vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;
- s) accertamenti, certificazioni, ogni altra prestazione medico legale spettanti al Servizio sanitario nazionale, con l'esclusione di quelli relativi ai servizi di cui alla lettera a) dell'articolo 6 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

- t) assistenza sanitaria dei cittadini detenuti;
- u) assistenza e cura per i soggetti portatori di *handicap*.

CAPO III.

L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI
DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE

Art. 13.

(Prestazioni delle aziende sanitarie locali)

1. L'articolo 19 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 19. - *(Prestazioni delle aziende sanitarie locali)*. - 1. Le aziende sanitarie locali provvedono ad erogare le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, assicurando a tutta la popolazione i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti ai sensi del secondo comma dell'articolo 3.

2. Ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi della organizzazione dei servizi sanitari. Gli utenti del Servizio sanitario nazionale sono iscritti in appositi elenchi periodicamente aggiornati presso le aziende sanitarie locali nel cui territorio hanno residenza.

3. Gli utenti hanno diritto di accedere, per motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi azienda sanitaria locale.

4. I militari hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza anche nelle località ove prestino servizio.

5. Gli emigrati, che rientrino temporaneamente in patria, hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza delle località in cui soggiornano».

Art. 14.

(Il distretto sanitario di base)

1. Il distretto sanitario di base è l'articolazione tecnico-funzionale dell'azienda sanitaria

locale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento attraverso il coordinamento delle prestazioni di assistenza medica generica, pediatrica di base, guardia medica territoriale, consultori, infermieristica ambulatoriale e domiciliare.

2. La legge regionale che definisce gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali fissa i criteri per l'individuazione dei distretti e la definizione di *standards* minimi di personale; la nomina del coordinatore, da scegliere tra il personale dipendente o convenzionato; la determinazione delle funzioni e dei compiti assegnati al medesimo.

3. I comuni, i comuni metropolitani, le comunità montane deliberano, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale, l'istituzione dei distretti, garantendo la più ampia partecipazione degli utenti.

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

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

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

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

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

e) l'integrazione con i servizi sociali sul territorio, garantendo i necessari collegamenti con i servizi educativi.

Art. 15.

(Requisiti e struttura interna degli ospedali)

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

«Art. 17. - 1. *(Requisiti e struttura interna degli ospedali)*. - Il presidio ospedaliero è struttura dell'azienda sanitaria locale. Esso è dotato di autonomia funzionale e gestionale, nell'ambito della gestione unitaria dell'azienda sanitaria locale. A tal fine:

a) la direzione generale dell'azienda sanitaria locale, contestualmente al bilancio di previsione annuale di cassa, approva il *budget* finanziario annuale di cui all'articolo 11;

b) il conto dell'esercizio annuale della gestione del presidio ospedaliero è allegato al conto consuntivo annuale dell'azienda sanitaria locale. Tramite apposita tabella dimostrativa, viene dato conto delle spese sostenute avuto riguardo al *budget* finanziario assegnato;

c) i comuni metropolitani possono essere dotati di più presidi. I presidi ospedalieri sono preposti, in particolare, al conseguimento delle finalità di cui al primo comma, numero 3), dell'articolo 2. Essi contribuiscono nel quadro unitario della tutela della salute al conseguimento degli altri obiettivi di cui allo stesso articolo 2.

2. Le regioni, sulla base dei principi e degli indirizzi contenuti nella presente legge, nell'ambito della propria programmazione sanitaria e tenendo conto degli indici *standards* del Piano sanitario nazionale nonché degli atti di indirizzo e coordinamento nazionali disciplinano:

- a) i livelli di riclassificazione;
- b) i requisiti;
- c) l'organizzazione interna».

Art. 16.

(Riclassificazione dei presidi ospedalieri)

1. I livelli di riclassificazione dei presidi ospedalieri sono stabiliti ai fini dell'assegnazione dei finanziamenti per le attività correnti e di investimento, della allocazione razionale delle risorse, dell'ottimizzazione dei fattori di produzione propri all'assistenza in regime di ricovero e devono tener conto:

- a) del ruolo di base o multizonale assicurato dal presidio;
- b) del bacino di utenza anche in relazione alle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione;
- c) delle funzioni specialistiche assegnate in rapporto alla nosologia di competenza;
- d) della complessità e costo degli impianti, della strumentazione e dei materiali necessari per erogare le prestazioni richieste;

e) della presenza di policlinici universitari e più in generale di rapporti convenzionali *ex* articoli 39 e 40 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 17.

(*Criteri di riclassificazione*)

1. Le regioni, nel fissare i requisiti dei presidi ospedalieri, devono almeno prevedere:

a) la rispondenza delle strutture alle esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera;

b) un'organizzazione in grado di assicurare l'intervento nelle situazioni di emergenza-urgenza, con l'erogazione delle prestazioni necessarie all'accoglimento del malato o al suo trasferimento protetto in altra sede. La stessa organizzazione deve essere in grado di svolgere funzioni di accertamento e osservazione dei pazienti al momento dell'ingresso nella struttura, ai fini dell'efficacia dell'intervento e della verifica della congruità e necessità del ricovero;

c) la disponibilità:

1) di locali e di un sistema organizzativo in grado di assicurare condizioni di degenza in regime di ricovero continuativo o a ciclo parziale secondo *standards* di idoneità ed il supporto specialistico per le indagini diagnostiche, di trattamenti terapeutici anche in regime ambulatoriale;

2) di servizi in grado di assicurare la permanenza dei pazienti all'interno della struttura nel rispetto delle loro esigenze familiari e personali e dei loro diritti umani, etici e religiosi;

3) di servizi e ambienti idonei a favorire le attività di studio e aggiornamento e didattica del personale dipendente.

2. Al fine di accrescere la qualità dell'assistenza sanitaria e di indirizzare programmi di sviluppo della struttura e l'aggiornamento professionale del personale dipendente, ogni presidio ospedaliero deve essere dotato di specifiche commissioni consultive professionali per:

a) il controllo delle infezioni nosocomiali;

b) l'uso e l'approvvigionamento dei farmaci;

c) il riscontro autoptico e dei tessuti prelevati;

d) la verifica e revisione della qualità dell'assistenza erogata, della congruità dei processi di controllo e della esecuzione degli stessi nei singoli dipartimenti;

e) il rispetto e la garanzia dei diritti del cittadino ospedalizzato.

Art. 18.

(Il dipartimento ospedaliero)

1. La legge regionale, nel disciplinare l'organizzazione interna dei presidi ospedalieri, raggruppa le attività per aree dipartimentali al fine di assicurare: la necessaria integrazione delle funzioni specialistiche a favore degli utenti; l'utilizzo in comune di destinazione dei posti letto e del personale di assistenza sanitaria diretta; il lavoro di *équipe* anche interdisciplinare. I dipartimenti si distinguono in:

a) dipartimenti per funzione, che aggregano le attività ospedaliere secondo l'intensità della cura, o per aree omogenee di attività generale, o specialistica, per organo o apparato. Il dipartimento per funzione rappresenta la struttura organizzativa di riferimento ai fini della programmazione delle attività, della assegnazione e della direzione del personale, della individuazione dei centri di spesa, dei finanziamenti in conto capitale, dei programmi di ricerca e di aggiornamento, di verifica della qualità delle cure. Si collega, se necessario, con le attività territoriali;

b) dipartimenti per progetto, che aggregano anche temporaneamente strutture e servizi sanitari ospedalieri ed extraospedalieri e, ove necessario, socio-assistenziali su tecniche di salute di particolare rilevanza sociale, per gruppi di popolazione, per approcci globali a problemi che investono gli aspetti generali della prevenzione e riabilitazione. Il dipartimento per progetto ha esclusivamente finalità di studio e coordinamento tecnico-scientifico, compiti di proposta in materia di programmi e protocolli, formazione e aggiornamento del personale, educazione sanitaria, verifica della qualità delle cure.

2. Nella definizione della organizzazione dipartimentale la legge regionale tiene conto dei seguenti criteri generali:

a) nei presidi dotati di attività specialistiche di ambito zonale l'organizzazione dipartimentale è per intensità di cura. Sono istituiti i seguenti tre dipartimenti per funzione:

- 1) accettazione, emergenza-urgenza, terapie intensive;
- 2) cure normali anche a ciclo parziale e ambulatoriali;
- 3) attività diagnostiche;

b) nei presidi ospedalieri dotati di attività specialistiche riconosciute dal piano sanitario regionale, multizonali, l'organizzazione dipartimentale deve comprendere obbligatoriamente i seguenti dipartimenti per funzione:

- 1) accettazione, emergenza-urgenza, terapie intensive;
- 2) attività diagnostiche;

3. Le aree di degenza anche a ciclo parziale e quelle ambulatoriali relative alle fasi di preospedalizzazione e di dimissione protetta possono dar luogo, in relazione alla complessività delle funzioni specialistiche presenti, a dipartimenti per aree omogenee di medicina e di chirurgia con relative attività generali e speciali o a dipartimenti per organo o apparato.

4. Il piano sanitario regionale determina la procedura per la definizione del modello organizzativo prescelto, nonché le tematiche per la costituzione dei dipartimenti per progetto e la loro relativa allocazione tra le unità sanitarie locali.

5. I servizi generali ed amministrativi della azienda sanitaria locale assicurano il necessario supporto ai dipartimenti.

Art. 19.

(Organi del dipartimento)

1. Sono organi del dipartimento:

a) il direttore per i dipartimenti funzionali o il coordinatore per i dipartimenti per progetto;

b) il comitato esecutivo, costituito dai responsabili delle *équipes* specialistiche e da

almeno un rappresentante degli altri profili professionali presenti nel dipartimento, eletti dall'assemblea; il comitato definisce l'articolazione delle aree di degenza fra le attività specialistiche presenti nel dipartimento in relazione alle effettive e documentate esigenze di assistenza. Il comitato esecutivo assiste il direttore o il coordinatore del dipartimento negli incarichi affidati alla sua responsabilità anche su delega dello stesso. In ogni caso svolge, in tale ambito, compiti consultivi e propositivi;

c) l'assemblea, costituita da tutti gli operatori del dipartimento. Essa ha i seguenti compiti:

1) l'approvazione dei regolamenti di funzionamento del dipartimento e dei suoi organi;

2) l'individuazione e nomina dei rappresentanti elettivi del comitato esecutivo;

3) la nomina del coordinatore dei dipartimenti per progetto.

2. Il direttore del dipartimento per funzione è nominato dalla direzione generale dell'azienda sanitaria locale ed è il responsabile complessivo della struttura. A tal fine assicura nel quadro degli indirizzi generali forniti dall'amministrazione:

a) la predisposizione del piano annuale di lavoro e dei periodici aggiornamenti;

b) le attività amministrative interne, attraverso il personale di supporto assicurato dal servizio amministrativo dell'azienda sanitaria locale;

c) l'organizzazione logistica e il funzionamento delle apparecchiature;

d) le condizioni igieniche;

e) le condizioni di sicurezza del personale e dei pazienti;

f) la predisposizione dei regolamenti interni relativi alle procedure, ai rapporti con le altre strutture del presidio, alle responsabilità e relazioni interne, alle procedure assistenziali;

g) l'accurata compilazione della documentazione;

h) la predisposizione dei programmi di aggiornamento e di verifica e revisione della qualità.

3. Il coordinatore del dipartimento per progetto assicura:

- a) la predisposizione del piano annuale di lavoro e dei periodici aggiornamenti;
- b) la predisposizione dei programmi di aggiornamento e di verifica e revisione della qualità con specifico riferimento alle tematiche del progetto;
- c) l'elaborazione di protocolli e di programmi di educazione sanitaria;
- d) l'attuazione delle iniziative di verifica e revisione di qualità.

4. Il responsabile della *équipe* specialistica svolge, nell'ambito dei regolamenti e dei programmi dipartimentali, attività e prestazioni medico-chirurgiche, attività di studio, di didattica e di ricerca; verifica altresì le prestazioni di diagnosi e cura e impartisce le necessarie istruzioni e direttive nel rispetto della autonomia professionale dei singoli componenti.

5. L'articolazione delle aree di degenza fra le attività specialistiche presenti nel dipartimento è definita dal comitato esecutivo in relazione alle effettive esigenze di assistenza.

6. La gestione dell'assistenza diretta ai pazienti è assicurata dal personale infermieristico e affidata alla responsabilità dell'infermiere coordinatore sulla base di protocolli definiti dal servizio infermieristico dell'azienda sanitaria locale.

7. I direttori e coordinatori dei dipartimenti e almeno un rappresentante di ciascun profilo professionale presente nel servizio ospedaliero costituiscono una commissione tecnica con funzione di consulenza alla direzione generale dell'azienda sanitaria locale in materia di organizzazione e assistenza ospedaliera.

Art. 20.

(Direzione del presidio ospedaliero)

1. Il presidio ospedaliero per il suo complessivo funzionamento si avvale di una direzione sanitaria, coordinata da un direttore sanitario, che risponde della gestione complessiva del presidio stesso, del *budget* assegnatogli per il perseguimento degli obiettivi e degli indirizzi fissati dalla programmazione regionale e dal piano attuativo.

2. Fanno parte della direzione sanitaria, oltre al direttore sanitario, i direttori di dipartimento, i coordinatori dipartimentali, il coordinatore del servizio infermieristico.

3. La legge regionale disciplina i criteri per la nomina della direzione sanitaria e le forme di partecipazione alla programmazione e gestione dei presidi ospedalieri del proprio territorio.

4. La direzione sanitaria è sentita dalla direzione generale dell'azienda sanitaria locale circa la determinazione del *budget* finanziario annuale del presidio ospedaliero di cui all'articolo 11 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dalla presente legge.

5. Il conto dell'esercizio annuale della gestione è predisposto dal servizio finanziario dell'azienda sanitaria locale e proposto alla direzione generale dalla direzione sanitaria del presidio ospedaliero.

6. La legge regionale disciplina la costituzione in ogni presidio ospedaliero di appositi consigli di ospedale, formati dai rappresentanti dei vari dipartimenti, eletti dalle assemblee dipartimentali con esclusione dei direttori e dei coordinatori; i consigli di ospedale debbono essere sentiti in tutti i casi in cui occorra decidere su questioni di particolare rilevanza che interessino la vita interna degli ospedali nei suoi aspetti tecnico-funzionali. La legge regionale disciplina altresì la costituzione in ogni presidio di commissioni in rappresentanza dei movimenti dei diritti del malato.

Art. 21.

(Presidi e servizi multizonali)

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

«Art. 18. - *(Presidi e servizi multizonali)*. -

1. La programmazione regionale, con il concorso delle province e dei comuni metropolitani, individua, con il piano sanitario regionale, i presidi ed i servizi sanitari ospedalieri ed extra-ospedalieri che, per finalità specifiche perseguite e per le caratteristiche tecniche e specialistiche, svolgono attività prevalentemente rivolte ad ambiti la cui estensione includa più di una unità sanitaria locale.

2. La legge regionale stabilisce le norme di organizzazione».

Art. 22.

(Prontuario farmaceutico)

1. L'articolo 30 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 30 - *(Prontuario farmaceutico)*. - 1. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previa proposta della Commissione consultiva unica del farmaco istituita con il decreto-legge 30 ottobre 1987, n. 443, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 dicembre 1987, n. 531, approva con proprio decreto il prontuario terapeutico nazionale.

2. Il prontuario terapeutico nazionale deve uniformarsi ai principi dell'efficacia terapeutica e della economicità del prodotto, della semplicità e chiarezza nella classificazione dell'esclusione dei prodotti da banco.

3. La determinazione delle specialità medicinali da includere nel prontuario terapeutico nazionale definito ai sensi della legge 11 marzo 1988, n. 67 (legge finanziaria 1988), avviene tenuto conto del piano di settore di cui al decreto del Ministro della sanità 13 aprile 1984, pubblicato nel Supplemento straordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 106 del 16 aprile 1984, e in esso devono comunque essere rappresentate le categorie di sostanze farmacologicamente attive nella prevenzione e cura di stati patologici e a tal fine la Commissione consultiva unica del farmaco procede alla revisione delle indicazioni terapeutiche di tutte le specialità medicinali registrate.

4. A parità di efficacia terapeutica il prontuario terapeutico nazionale comprende i farmaci a minor costo con esclusione di quelli a maggior costo, qualora questi non risultino protetti da garanzia brevettuale.

5. Le esclusioni di specialità medicinali dal prontuario terapeutico nazionale hanno efficacia decorso un anno dalla emanazione del nuovo prontuario terapeutico nazionale. Lo stesso termine si applica alle eventuali successive esclusioni.

6. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, entro un anno dalla revisione del prontuario terapeutico nazionale dispone la revoca della registrazione e autorizzazione alla

vendita come «specialità medicinale» dei farmaci esclusi dal prontuario terapeutico nazionale limitatamente a quelli inefficaci per la forma, per il principio attivo o rispetto all'indicazione terapeutica.

7. La Commissione consultiva unica del farmaco provvede altresì alla individuazione della confezione ottimale delle specialità medicinali comprese nel prontuario terapeutico nazionale, in funzione del ciclo di terapia.

8. Il Ministro della sanità riferisce ogni sei mesi alle competenti Commissioni parlamentari sull'attività della Commissione consultiva unica del farmaco con particolare riferimento a quanto previsto dai commi 2, 3, 4».

2. Con la data di entrata in vigore della presente legge che dà attuazione alle norme di cui all'articolo 30 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dal presente articolo, è soppressa ogni forma di partecipazione alla spesa farmaceutica da parte dei cittadini.

CAPO IV

DISCIPLINA DEL PERSONALE

Art. 23.

(Disciplina generale del personale)

1. L'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 47. - *(Personale dipendente)*. - 1. Le aziende sanitarie locali assolvono i propri compiti di gestione delle funzioni che in base alla presente legge competono ai comuni, ai comuni metropolitani ed alle comunità montane mediante l'impiego di personale dipendente e di personale medico convenzionato a tempo indeterminato per la medicina generale e pediatrica di libera scelta, funzionalmente integrato nell'organizzazione aziendale.

2. Spetta alla direzione dell'azienda - in conformità della legge, degli accordi e dei regolamenti deliberati dai competenti organi dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane - la gestione amministrati-

va di tutto il personale, sia dipendente che convenzionato od a prestazione d'opera libero-professionale».

Art. 24.

(Disciplina in base alla legge)

1. Dopo l'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 47-bis. - *(Disciplina dello stato giuridico del personale)*. - 1. Sono regolati con legge dello Stato gli aspetti di carattere generale dello stato giuridico del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, con esclusione del personale incaricato delle funzioni dirigenziali di cui alla lettera c) del comma 2.

2. In conformità ai principi e agli indirizzi della legge statale sono disciplinati con legge regionale ovvero, sulla base di questa e per le rispettive competenze, con atto normativo regolamentare dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane secondo l'ordinamento dei singoli enti:

a) l'istituzione, l'aggiornamento e la pubblicazione, con periodicità annuale, di un albo regionale dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale ordinato per ciascun profilo professionale e per ciascuna posizione funzionale;

b) gli organi, gli uffici, i modi di conferimento della titolarità dei medesimi, le regole di organizzazione e di funzionamento della struttura dell'azienda sanitaria locale;

c) le altre posizioni di lavoro, diverse da quelle di direzione generale, corrispondenti alle funzioni dirigenziali di cui al comma 1;

d) le dotazioni funzionali di personale dipendente, nel complesso e per ciascun profilo professionale, determinate sulla base dei parametri di riferimento indicati dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale;

e) le condizioni, le modalità ed i limiti per l'esercizio della libera attività professionale da parte dei medici e veterinari dipendenti delle unità sanitarie locali, degli istituti universitari e di policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura di cui all'articolo 42.

3. Le aziende sanitarie locali, per l'attuazione del proprio programma di attività e in

relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, previa autorizzazione della regione, individuano le strutture ed i servizi cui devono essere addetti sanitari a tempo unico e prescrivono, anche in carenza della specifica richiesta degli interessati, a singoli sanitari delle predette strutture e servizi, la prestazione del servizio a tempo unico.

4. Il Ministero della difesa può stipulare convenzioni con le aziende sanitarie locali per prestazioni professionali presso l'organizzazione sanitaria militare da parte del personale del Servizio sanitario nazionale nei limiti di orario previsto per detto personale».

Art. 25.

(Disposizioni per il parziale riordinamento delle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie)

1. Dopo l'articolo 47-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 47-ter. - *(Riordinamento delle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie)*. - 1. A decorrere dall'anno formativo 1990, la formazione alle professioni sanitarie per le quali non è richiesto il diploma di laurea si attua nelle scuole dirette a fini speciali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

2. Sono istituiti corsi di durata biennale per il conseguimento dei seguenti diplomi:

- a) infermiere professionale;
- b) ostetrica;
- c) dietista;
- d) fisiochinesiterapista;
- e) logopedista;
- f) ortottista;
- g) tecnico di laboratorio;
- h) tecnico di radiologia;
- i) tecnico di angiocardiochirurgia;
- l) tecnico di fisiopatologia respiratoria;
- m) tecnico di fisiopatologia circolatoria;
- n) tecnico di neurofisiopatologia;
- o) igienista dentale;
- p) tecnico di igiene e prevenzione ambientale.

3. Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della pubblica istruzione, di concerto con il Ministro per il coordinamento delle iniziative per la ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro della sanità, sentiti il Consiglio superiore della pubblica istruzione, il Consiglio universitario nazionale ed il Consiglio sanitario nazionale, è determinato, con riferimento alle norme comunitarie, l'ordinamento degli studi dei distinti corsi di diploma.

4. Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con i Ministri della pubblica istruzione, per il coordinamento delle iniziative per la ricerca scientifica e tecnologica e della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono determinate le condizioni e modalità per l'abilitazione all'esercizio delle corrispondenti professioni.

5. Per l'accesso ai corsi di cui al comma 2 è richiesto il diploma di maturità rilasciato da scuole secondarie di secondo grado ad indirizzo biologico-sanitario. Fino all'approvazione della legge di riforma della scuola media superiore il Ministro della pubblica istruzione provvede, con proprio decreto, alla istituzione, presso scuole, licei ed istituti statali, di corsi di studio sperimentali relativi all'ultimo biennio nella quantità e con la distribuzione territoriale idonei a garantire l'accesso alle scuole dirette a fini speciali ad un numero di studenti programmato in relazione alle prevedibili esigenze del Servizio sanitario nazionale. Con il medesimo decreto è disciplinato l'accesso alle scuole medesime, per i primi due anni, da parte degli aspiranti in possesso di un titolo di studio di scuola superiore di secondo grado che superino un apposito esame integrativo.

6. Con decreto del Presidente della Repubblica, da emanarsi con le modalità di cui al comma 3, sono determinati i corsi di specializzazione di durata annuale, da istituirsi nelle scuole dirette a fini speciali in applicazione delle norme comunitarie in materia. Il medesimo decreto stabilisce, per ciascun corso di specializzazione, i requisiti di ammissione ed il piano degli studi.

7. Le università e gli istituti universitari presso cui hanno sede scuole dirette a fini speciali dei corrispondenti indirizzi istituisco-

no corsi di laurea in scienze infermieristiche ed in scienze della riabilitazione, con accesso riservato a coloro che sono in possesso dei corrispondenti diplomi di scuola diretta a fini speciali, di durata biennale.

8. Il diploma di laurea in scienze infermieristiche abilita alla direzione dei servizi infermieristici ed all'insegnamento nelle scuole dirette a fini speciali. Il diploma di laurea in scienze della riabilitazione abilita alla direzione dei servizi di riabilitazione ed all'insegnamento nelle scuole dirette a fini speciali.

9. Al fine di assicurare l'attività didattica relativa ai corsi di diploma, di specializzazione e di laurea di cui ai precedenti commi, le università e gli istituti universitari stipulano apposite convenzioni con le regioni e le unità sanitarie locali per l'integrazione dell'insegnamento, l'utilizzazione delle strutture e dei servizi e lo svolgimento dell'insegnamento tecnico-professionale».

2. I decreti di cui ai commi 3, 4 e 6 dell'articolo 47-ter della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come introdotto dalla presente legge, sono rispettivamente emanati entro sei mesi, un anno e diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 26.

(Disciplina in base ad accordi)

1. L'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 48. - *(Personale a rapporto convenzionale)* - 1. Il trattamento normativo ed economico del personale del Servizio sanitario nazionale, nonchè ogni altro aspetto del rapporto non disciplinato da norme di legge ai sensi dei precedenti articoli sono stabiliti dagli accordi nazionali.

2. Gli accordi sia di lavoro che convenzionali sono unici e contestuali per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale e per il personale medico convenzionato per la medicina generale e pediatrica di libera scelta. Essi si articolano per comparti, distintamente per il personale dipendente e per il personale medico convenzionato e, in relazione a specifi-

ci istituti economici e normativi, per aree negoziali professionali.

3. Gli accordi sono stipulati con periodicità e validità pluriennale tra una delegazione rappresentativa delle regioni, dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane e una delegazione sindacale rappresentativa delle organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative su base nazionale, con l'assistenza di una delegazione del Governo composta dal Presidente del Consiglio dei ministri o dal Ministro per la funzione pubblica da lui delegato, dal Ministro del bilancio e della programmazione economica, dal Ministro della sanità, dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale e dal Ministro del tesoro o loro delegati.

4. La delegazione trattante per la parte pubblica è composta da cinque rappresentanti - uno dei quali con funzioni di presidente - designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti, di cui due in rappresentanza dei comuni metropolitani, designati dall'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI); da due rappresentanti designati dall'Unione nazionale dei comuni, comunità ed enti montani (UNCCEM); da tre dirigenti delle aziende, di cui due designati dall'ANCI e uno dall'UNCCEM.

5. Le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative sono individuate sulla base dei criteri obiettivi stabiliti negli accordi intercompartimentali di cui all'articolo 12 della legge 29 marzo 1983, n. 93».

2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati:

a) il numero 5) dell'articolo 1 e l'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 5 marzo 1986, n. 68;

b) l'articolo 9 della legge 29 marzo 1983, n. 93, come sostituito dall'articolo 1 della legge 8 agosto 1985, n. 426.

Art. 27.

*(Comparto del personale medico
convenzionato)*

1. Dopo l'articolo 48-ter della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 48-*quater*. - (*Comparto del personale medico convenzionato*) - 1. Per il comparto del personale medico convenzionato gli accordi nazionali devono prevedere:

a) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati in ogni azienda sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

b) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici e per i pediatri;

c) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalla regione, previa domanda motivata all'unità sanitaria locale;

d) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

e) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

f) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

g) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

h) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle

strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

i) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

2. È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà delle aziende sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi delle rispettive strutture.

3. È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale di coloro che li hanno adottati.

4. Le federazioni degli ordini nazionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali relativi ai medici convenzionati, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

5. Gli ordini professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

6. In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma 5 la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

7. Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di

cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* n. 289 del 28 ottobre 1976.

8. Le disposizioni del presente articolo e di quelli precedenti, relative al personale medico convenzionato, si applicano anche, in quanto compatibili, per la formazione delle convenzioni con le farmacie di cui all'articolo 28».

Art. 28.

(Disciplina delle incompatibilità)

1. L'accesso e il permanere dei rapporti di impiego, nonché quelli convenzionali di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, non sono consentiti al personale che abbia, anteriormente o in costanza di rapporto, un interesse patrimoniale in proprio o per interposta persona o per conto di terzi in conflitto con i servizi e le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale.

2. L'accertamento del conflitto di interessi, ferme restando eventuali ipotesi di reato, comporta la decadenza del titolare dal rapporto di impiego e la risoluzione del rapporto convenzionale con decorrenza dal momento in cui il conflitto di interessi è sorto.

3. In ogni caso il rapporto di impiego o convenzionale non è consentito:

a) al personale con rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato;

b) al personale con altro rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale in essere;

c) al personale con attività di collaborazione retribuita con industrie farmaceutiche, ivi comprese le attività di farmaco-vigilanza e di sperimentazione clinica che non siano approvate dal Ministero della sanità.

4. Si ha presunzione assoluta di conflitto di interessi:

a) per il personale che abbia qualsiasi forma di interesse patrimoniale diretto o per interposta persona nella proprietà o nella gestione di imprese esercenti industrie farmaceutiche con specialità medicinali a carico in tutto o in parte al Servizio sanitario nazionale;

b) per il personale che abbia il coniuge non separato legalmente o se separato convi-

vente ed i parenti ed affini sino al terzo grado con interessi patrimoniali diretti o per interposta persona nella proprietà o nella gestione di imprese esercenti industrie farmaceutiche con specialità medicinali a carico in tutto o in parte al Servizio sanitario nazionale;

c) per il personale che abbia qualsiasi forma di interesse patrimoniale diretto o per interposta persona nella proprietà o nella gestione in strutture sanitarie private convenzionate per attività, disgiuntamente o congiuntamente, di diagnosi, di analisi cliniche e di laboratorio, di ricovero e cura e di riabilitazione ovunque ubicate;

d) per il personale che abbia il coniuge non separato legalmente o se separato convivente ed i parenti ed affini sino al terzo grado con interessi patrimoniali diretti o per interposta persona nella proprietà o nella gestione di strutture sanitarie convenzionate per attività, congiuntamente o disgiuntamente, di diagnosi, di analisi cliniche e di laboratorio, di ricovero e cura e di riabilitazione ovunque ubicate.

5. Non rientra nel conflitto di interessi il possesso, sia congiuntamente che disgiuntamente, da parte del personale, del coniuge non separato legalmente o se separato non convivente, dei parenti ed affini fino al terzo grado, in proprio o per interposta persona, di azioni nominative in società per azioni, con azioni quotate in borsa, qualora la detta partecipazione non superi complessivamente lo 0,2 per cento del capitale sociale.

6. La legge regionale fissa le procedure per l'accertamento della sussistenza del conflitto di interessi e l'adozione dei relativi provvedimenti di decadenza dal rapporto di impiego e di risoluzione del rapporto convenzionale.

CAPO V

I CONTROLLI DI FUNZIONALITÀ ED EFFICIENZA

Art. 29.

*(Controlli di funzionalità ed efficienza
del Ministero della sanità)*

1. Dopo l'articolo 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 49-bis. - (*Controlli del Ministero della sanità*). - 1. È costituito nell'ambito del Ministero della sanità un servizio centrale di assistenza alla gestione delle aziende sanitarie locali con il compito:

a) di definire e di aggiornare un metodo generale di valutazione dei livelli di funzionalità del Servizio sanitario nazionale sia a livello regionale sia a livello territoriale;

b) di valutare la funzionalità del sistema delle aziende sanitarie locali sulla base delle relazioni dei servizi ispettivi regionali nonché di verificare la validità delle procedure di controllo da questi poste in essere anche in relazione alla lettera a). A tale scopo interviene presso i servizi ispettivi regionali con aiuti tecnico-metodologici;

c) di definire, in accordo con i servizi ispettivi regionali, le procedure impiegate dalle aziende sanitarie locali per i controlli di funzionalità da queste attuate nel proprio ambito;

d) di proporre al Ministro della sanità le procedure di verifica della funzionalità gestionale che le aziende sanitarie locali dovranno obbligatoriamente attivare;

e) di proporre al Ministro della sanità il finanziamento alle regioni ed alle aziende sanitarie locali di progetti aventi come obiettivo il miglioramento delle procedure di controllo impiegate assicurando la necessaria formazione professionale.

2. Nello svolgimento delle proprie funzioni il servizio di cui al comma 1 ha il potere di accesso a fini conoscitivi a tutte le informazioni gestionali inerenti al Servizio sanitario nazionale, a livello centrale e periferiche.

3. Il Ministro della sanità, su proposta del servizio centrale di assistenza alla gestione, sentito il Consiglio sanitario nazionale, delibera con proprio decreto il finanziamento dei progetti di cui alla lettera e) del comma 1».

Art. 30.

(Controlli di funzionalità ed efficienza delle regioni)

1. Dopo l'articolo 49-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 49-ter. - (Controlli delle regioni). - 1. Ogni regione istituisce un ufficio di valutazione dell'efficienza di gestione delle aziende sanitarie locali.

2. La legge regionale disciplina tra l'altro:

a) la facoltà di proposta alla giunta regionale delle procedure di verifica della funzionalità che le aziende sanitarie locali dovranno obbligatoriamente attivare;

b) la collaborazione con il servizio centrale ai sensi dell'articolo 49-bis;

c) l'individuazione delle caratteristiche professionali del dirigente responsabile del servizio, scelto anche tra esterni all'amministrazione regionale;

d) il potere di sostituzione per gli atti gestionali attinenti alla verifica di funzionalità eventualmente non posti in essere nelle unità sanitarie locali;

e) la previsione dello svolgimento di indagini conoscitive nelle aziende sanitarie locali, individuando i soggetti a cui i risultati devono essere riferiti;

f) la disciplina per la predisposizione di una relazione annuale al Presidente della giunta regionale sui risultati dell'attività di verifica e sulle condizioni generali della funzionalità delle aziende sanitarie locali della regione.

3. Nello svolgimento delle proprie funzioni l'ufficio ha il potere di accesso a fini conoscitivi a tutte le informazioni inerenti il Servizio sanitario nazionale a livello periferico».

2. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni provvedono a definire con legge regionale l'attività dell'ufficio di valutazione dell'efficienza di gestione delle aziende sanitarie locali.

Art. 31.

(Delega al Governo per la disciplina contabile)

1. Il primo comma dell'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 9 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazio-

ni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, è sostituito dai seguenti:

«Il Governo della Repubblica, sentita un'apposita commissione tecnica, è delegato ad emanare con decreto avente valore di legge ordinaria le norme fondamentali sull'amministrazione, gestione e contabilità delle aziende sanitarie locali, coordinando le disposizioni contenute nella legge 19 maggio 1976, n. 335, con i principi:

a) della predisposizione di un bilancio di previsione triennale di competenza in armonia con il periodo di validità della legge contenente le norme per il finanziamento pluriennale del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Il bilancio di previsione triennale di competenza, che indica gli stanziamenti separatamente per ciascun anno considerato, è autorizzatorio per l'assunzione degli accertamenti e degli impegni. È aggiornato in occasione della presentazione del bilancio annuale in relazione alle variazioni discendenti dal tasso di inflazione programmato;

b) della classificazione delle voci del bilancio di previsione triennale organizzata: per entrata, distinguendo tra entrate derivate ed entrate dirette e tra entrate finalizzate alla spesa corrente ed entrate finalizzate alla spesa in conto capitale; per spesa in programmi e progetti ai sensi del primo comma dell'articolo 9 della legge 19 maggio 1976, n. 335;

c) della predisposizione di un bilancio di previsione annuale di cassa nell'ambito del bilancio di previsione triennale di competenza. Il bilancio di previsione annuale di cassa è autorizzato ai fini dell'introito degli accertamenti e dell'ordinazione del pagamento degli impegni;

d) della classificazione delle voci del bilancio di previsione annuale di cassa organizzata: per l'entrata secondo il principio di cui alla lettera b); per la spesa secondo il principio della classificazione economica;

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

f) della classificazione delle voci del conto consuntivo annuale organizzata: per l'entra-

ta secondo il principio di cui alla lettera *b*); per la spesa secondo il principio della classificazione funzionale per servizi ed attività;

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

h) della tenuta di una specifica contabilità dei costi, con riferimento ai costi diretti di personale e di beni e servizi utilizzati per le attività che concorrono alla spesa corrente di mantenimento, avente come scopo la determinazione dei costi diretti unitari e complessivi delle predette attività, individuando nel conto l'insieme delle scritture contabili relative ad un oggetto semplice di natura variabile e misurabile;

i) della predisposizione del piano dei conti per gli scopi della contabilità dei costi e del piano di rilevazione dei centri di spesa;

l) della gestione del *budget* dei programmi e dei progetti individuati nell'ambito della sezione spese di sviluppo;

m) della tenuta degli inventari dei beni mobili ed immobili e dei registri di consistenza dei beni d'uso nonché dell'individuazione delle funzioni di consegnatario dei beni sottoposti a registrazione;

n) della tenuta dei partitari creditori e debitori;

o) della iscrizione delle risultanze annuali complessive delle previsioni di entrata e di spesa del bilancio di previsione triennale di competenza e del conto consuntivo annuale nel bilancio di previsione e nel conto consuntivo annuale dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane titolari delle funzioni;

p) dell'invio trimestrale delle risultanze finanziarie ed economiche della gestione, secondo un modello di rilevazione nazionale, alla regione competente ed ai Ministeri della sanità e del tesoro, che diano conto, rispetto alla previsione di competenza e di cassa dell'anno relativo, dell'ammontare degli accertamenti e degli introiti, degli impegni e dei pagamenti, ai fini della valutazione della rispondenza della previsione all'evolversi della gestione;

q) della determinazione di un tempo di dilazione, entro un massimo di novanta giorni dalla consegna, nel pagamento delle forniture di beni e servizi, trascorso il quale dovranno essere riconosciuti interessi per ritardati pagamenti, secondo il tasso di interesse applicato per le opere pubbliche;

r) della costituzione dell'ufficio di revisione interna dell'azienda sanitaria locale diretto da un funzionario della carriera dirigenziale dei ruoli dei comuni, comuni metropolitani, comunità montane dell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria locale, nominato dalla regione competente, su proposta degli organi di governo degli enti territoriali predetti;

s) della certificazione del conto consuntivo annuale da parte di una apposita commissione composta di tre membri nominati: uno, con funzioni di presidente, dal Ministro del tesoro, uno dal Ministro della sanità, uno dalla regione competente. I componenti della commissione devono appartenere con funzioni economiche finanziarie ai ruoli dirigenziali dei rispettivi enti;

t) del divieto alle aziende sanitarie locali del ricorso a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

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

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

Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, con proprio decreto nomina la commissione tecnica di cui al primo comma. Della commissione tecnica fanno parte:

a) un dirigente generale del Ministero del tesoro con funzioni di presidente;

b) il dirigente generale del servizio centrale della programmazione sanitaria del Ministero della sanità;

c) un dirigente superiore della Ragioneria generale dello Stato del Ministero del tesoro;

d) due docenti universitari di ragioneria generale ed applicata o di ragioneria pubblica o di economia della pubblica amministrazione o di contabilità pubblica o di economia sanitaria;

e) tre esperti nella gestione economico-finanziaria od economico-sanitaria del Servizio sanitario nazionale, designati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e province autonome;

f) un direttore amministrativo capo servizio ragioneria e bilancio e due coordinatori sanitari appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale designati dall'Associazione nazionale dei comuni italiani.

La commissione tecnica entro novanta giorni dalla nomina propone al Ministro della sanità uno schema di decreto secondo gli indirizzi di cui al presente articolo nonché una relazione sulla sua possibilità applicativa anche graduale e sulle necessarie modifiche organizzative nella gestione delle unità sanitarie locali.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, di concerto con il Ministro del tesoro, propone al Governo, entro trenta giorni dal ricevimento della proposta della commissione tecnica, i decreti di cui al primo comma».

2. I decreti di cui al primo e al secondo comma dell'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dal presente articolo, sono emanati rispettivamente entro sei mesi ed entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

CAPO VI

FONDO SANITARIO NAZIONALE E FORME DI FINANZIAMENTO

Art. 32.

*(Fondo sanitario nazionale e
sua ripartizione)*

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

«Art. 51. - (*Finanziamento del Servizio sanitario nazionale*). - 1. L'ammontare complessivo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale è riferito alla durata e agli obiettivi del Piano sanitario nazionale ed è determinato con la legge pluriennale di finanziamento del Servizio sanitario nazionale ai sensi del quarto comma dell'articolo 53, come sostituito dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Detta legge indica, per il triennio di riferimento, sia l'ammontare del Fondo sanitario nazionale a carico del bilancio dello Stato sia la complessiva previsione del gettito dell'imposta regionale sui consumi interni nonché delle entrate dirette di cui al comma 5 dell'articolo 15 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638.

2. Annualmente la legge finanziaria di cui all'articolo 11 della legge 5 agosto 1978, n. 468, come sostituito dall'articolo 5 della legge 23 agosto 1988, n. 362, indica, in relazione al tasso di inflazione, le variazioni apportate alle determinazioni sopra espresse in termini di competenza nonché l'ammontare del Fondo sanitario nazionale espresso, in termini di cassa.

3. L'ammontare annuale del Fondo sanitario nazionale per competenza e cassa come risulta dal combinato disposto dei commi 1 e 2 è iscritto, con la legge di approvazione del bilancio dello Stato, nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per la quota destinata alla spesa corrente e del Ministero del bilancio e della programmazione economica per la quota destinata alla spesa in conto capitale.

4. L'ammontare complessivo del finanziamento triennale per ciascuna regione, comprese quelle a statuto autonomo, è determinato dalla somma delle quote del Fondo sanitario nazionale trasferite alle stesse dal bilancio dello Stato, dal gettito locale dell'imposta regionale sui consumi interni, dalle entrate dirette.

5. L'imposta regionale sui consumi interni si attiva a partire dal secondo anno di decorrenza del primo Piano sanitario nazionale».

2. Il comma 2 dell'articolo 19 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito,

con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, è abrogato.

3. Al quarto comma dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come sostituito dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, è aggiunto infine il seguente periodo: «La previsione del gettito dell'imposta regionale sui consumi interni nonché delle entrate dirette viene proposta dal Governo di intesa con le regioni nell'ambito della Conferenza Stato-regioni».

Art. 33.

(Ripartizione tra le regioni)

1. Dopo l'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 51-bis. - *(Ripartizione tra le regioni)*. -

1. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, tenuto conto delle indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale ed in quelli regionali, propone al Comitato interministeriale per la programmazione economica il Piano di ripartizione triennale:

a) per la spesa corrente secondo parametri aventi per fine il riequilibrio della domanda sanitaria;

b) per la spesa in conto capitale, in relazione ai piani di trasformazione per il riequilibrio e l'innovazione del sistema, tenuta presente la necessità di mantenimento delle strutture mobiliari ed immobiliari in essere.

2. Nella ripartizione si tiene conto delle risorse che le regioni, comprese quelle a statuto autonomo, acquisiscono direttamente.

3. La ripartizione tra le regioni è deliberata dal Comitato interministeriale per la programmazione economica entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione della legge pluriennale di finanziamento.

4. Trascorso il termine di cui al comma 3, il Ministro della sanità, con proprio decreto, ripartisce tra le regioni la quota di parte corrente sempre secondo gli indirizzi del comma 1.

5. I trasferimenti alle regioni vengono effettuati, all'inizio di ciascun trimestre con riferi-

mento agli stanziamenti annuali di competenza e di cassa determinati ai sensi dell'articolo 51, con decreti del Ministro della sanità e del Ministro del bilancio e della programmazione economica rispettivamente per la quota del Fondo sanitario nazionale destinata alla spesa corrente ed alla spesa in conto capitale.

6. Le quote del Fondo sanitario nazionale assegnate alle regioni sono da queste iscritte, tenuto conto degli obiettivi fissati dal programma regionale di sviluppo nei rispetti bilanci tra gli stanziamenti del fondo comune di cui agli articoli 8 e 9 della legge 16 maggio 1970, n. 281, rispettivamente per la quota destinata alla spesa corrente ed a quella in conto capitale. Il gettito dell'imposta regionale sui consumi interni è iscritto nel titolo I della parte entrata del medesimo bilancio. Le entrate dirette sono iscritte nei bilanci delle aziende sanitarie locali che provvedono al loro effettivo accertamento. Per le regioni a statuto autonomo valgono le rispettive normative.

7. È vietato alle regioni, ai comuni ed alle aziende sanitarie locali iscrivere nei rispettivi bilanci entrate fittizie in corrispondenza dei *tickets* acquisiti direttamente ai sensi di legge da terzi soggetti in relazione a prestazioni rese in regime di convenzionamento».

Art. 34.

(Ripartizione tra i comuni)

1. Dopo l'articolo 51-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 51-ter. - *(Ripartizione tra i comuni)*. -
1. Le regioni determinano i principi di riparto triennale delle risorse con la legge di approvazione dei rispettivi piani sanitari regionali. Nel loro ambito è definito un fondo per lo sviluppo, compatibile con la disponibilità generale e con l'attuazione di progetti e programmi per la cui costituzione può essere utilizzato fino al 5 per cento del finanziamento destinato alla spesa corrente e fino al 50 per cento del finanziamento destinato alla spesa in conto capitale. Il fondo per lo sviluppo non può essere attivato dalle regioni prive di piano sanitario regionale.

2. Nella ripartizione si tiene conto delle

entrate acquisite direttamente dalle aziende sanitarie locali.

3. I trasferimenti ai comuni, comuni metropolitani, comunità montane per le aziende sanitarie locali vengono effettuati trimestralmente con riferimento agli stanziamenti annuali di competenza e di cassa della parte spesa dei bilanci di previsione delle regioni. La legge regionale determina le opportune scritture contabili per la distinta rilevazione dei bilanci dei comuni, comuni metropolitani, comunità montane, delle quote del Fondo sanitario nazionale trasferite con riferimento all'azienda sanitaria locale competente».

Art. 35.

(Gestione della tesoreria)

1. Al terzo comma dell'articolo 35 della legge 30 marzo 1981, n. 119, le parole: «Ministro del tesoro» sono sostituite con le parole: «Ministro della sanità».

2. Il quarto comma dell'articolo 35 della legge 30 marzo 1981, n. 119, è sostituito dal seguente:

«Le regioni trasmettono alla Direzione generale del tesoro ed alle sezioni di tesoreria provinciale dello Stato territorialmente competenti una copia del provvedimento regionale di cui al comma 5 dell'articolo 51-ter della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

Art. 36.

(Normativa fiscale contributiva)

1. Il Governo della Repubblica è delegato ad emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria allo scopo di modificare ed integrare la normativa fiscale e contributiva con quanto stabilito negli articoli successivi. Le norme innovative e di coordinamento devono entrare in vigore a partire dall'anno di imposta 1989.

2. Le aliquote per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale poste a carico dei datori di lavoro di tutti i settori, pubblici e privati, comprensive dell'aliquota aggiuntiva prevista

dall'articolo 4 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 agosto 1974, n. 386, sono ridotte al 4,8 per cento per l'anno 1989 e soppresse per gli anni successivi.

3. Le aliquote per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale poste a carico dei lavoratori di tutti i settori pubblici e privati, comprensive dell'aliquota aggiuntiva prevista dall'articolo 4 del citato decreto-legge n. 264 del 1974, sono soppresse a partire dal 1° gennaio 1989. Dalla stessa data è soppresso il contributo di cui all'articolo 2 della legge 30 ottobre 1953, n. 841, posto a carico dei pensionati delle amministrazioni statali, delle aziende autonome e dell'ente Ferrovie dello Stato sui trattamenti pensionistici dagli stessi percepiti.

4. Il contributo del 7,5 per cento di cui ai commi 8 e seguenti dell'articolo 31 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, è ridotto al 3,75 per cento per l'anno 1989 ed è soppresso per gli anni successivi.

5. Le somme di lire 648.000 e 324.000 annue di cui al comma 10 del medesimo articolo 31 della legge n. 41 del 1986 sono ridotte a lire 321.000 e 162.000 per il 1988 e sono annullate a partire dal 1989. Il contributo del 4 per cento di cui ai commi 14 e 15 del medesimo articolo 31 è ridotto al 2 per cento per l'anno 1989 ed è soppresso a partire dall'anno 1990, il contributo è a carico del datore di lavoro.

6. Le aliquote dell'imposta sul valore aggiunto stabilite nella misura del 9 e del 18 per cento sono elevate, rispettivamente, al 10 e al 19 per cento.

Art. 37.

(Istituzione dell'imposta regionale sui consumi finali)

1. Dopo l'articolo 51-ter della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 51-quater. - *(Istituzione dell'imposta regionale sui consumi finali)*. - 1. Per il finanziamento del Fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51 è istituita l'imposta regionale sui consumi finali.

2. L'imposta si applica con l'aliquota

dell'1,5 per cento per l'anno 1989 e del 3 per cento per gli anni successivi, sul valore aggiunto destinato al consumo interno.

3. A partire dall'anno 1990 le regioni possono, con legge, modificare l'ammontare dell'aliquota, mantenendola tra un minimo del 2,5 per cento e un massimo del 3,5 per cento.

4. L'imposta è dovuta dai contribuenti che effettuano le operazioni imponibili di cui all'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, come sostituito dal decreto del Presidente della Repubblica 29 gennaio 1979, n. 24.

5. La base imponibile dell'imposta è determinata aggiungendo, al valore delle vendite imponibili registrate ai fini dell'imposta sul valore aggiunto, il valore delle operazioni esenti diverse da quelle di cui all'articolo 10, primo comma, numero 4), del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, e delle operazioni non imponibili indicate nell'articolo 8, lettera c) e 8-bis, del decreto medesimo, come introdotto dal citato decreto del Presidente della Repubblica n. 24 del 1979, detraendo dall'ammontare così determinato il valore degli acquisti imponibili effettuati presso contribuenti assoggettati in Italia all'imposta sul valore aggiunto, il valore degli acquisti esenti diversi da quelli di cui all'articolo 10, primo comma, numero 4) del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, e delle operazioni non imponibili indicate nell'articolo 8, lettera c), del decreto medesimo, e il valore degli acquisti per i quali non è ammessa la detrazione dell'imposta. Qualora la base imponibile risulti negativa, l'imposta non è dovuta.

6. L'ammontare delle operazioni utilizzate per la determinazione della base imponibile di cui al comma 5 è quello risultante dai registri di cui agli articoli 23, 24 e 25 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, come modificato dal decreto del Presidente della Repubblica 29 gennaio 1979, n. 24.

7. Entro i termini previsti per la liquidazione dell'imposta sul valore aggiunto dagli articoli 27 e 33 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, come da ultimo modificato dal decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 793, il

contribuente è tenuto a calcolare in apposita sezione del registro, di cui all'articolo 23 e all'articolo 24 del suddetto decreto, la base imponibile e la relativa imposta.

8. Il versamento dell'imposta deve essere effettuato mensilmente o trimestralmente secondo le modalità previste per l'imposta sul valore aggiunto dall'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633. Se la differenza tra l'imposta risultante dalla dichiarazione annuale e l'importo dei versamenti eseguiti nel corso dell'anno risulta a favore del contribuente, il relativo importo è computato in detrazione dei versamenti dell'anno successivo.

9. In caso di inosservanza degli obblighi relativi alle registrazioni, liquidazioni, versamenti e dichiarazioni annuali, si applicano le sanzioni previste per gli stessi obblighi dalla normativa dell'imposta sul valore aggiunto.

10. Il Ministro delle finanze con proprio decreto stabilisce le modifiche da apportare alla delega e all'attestazione di pagamento, evidenziando in una sezione apposita il relativo importo. Nella dichiarazione annuale da presentare ai fini dell'imposta sul valore aggiunto devono essere riportati in apposita sezione gli ammontari delle operazioni indicate al comma 5, la base imponibile annuale, l'imposta relativa e l'ammontare dei versamenti effettuati nel corso dell'anno. L'imposta risultante dalla dichiarazione annuale, diminuita dell'importo dei versamenti mensili o trimestrali, va versata secondo le modalità previste dal citato articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633.

11. La banca presso cui sono effettuati i pagamenti è tenuta a versare l'imposta incassata, al netto delle relative commissioni, all'ufficio IVA competente, con le modalità e nei termini previsti per l'imposta sul valore aggiunto, utilizzando un apposito modello approvato con decreto del Ministro delle finanze».

Art. 38.

(Trasferimento dei fondi)

1. Gli uffici IVA sono tenuti a versare l'imposta in una contabilità speciale tenuta

presso la tesoreria provinciale dello Stato. Effettuate le operazioni di controllo, i fondi versati presso la tesoreria provinciale dello Stato devono essere trasferiti, a cura dell'agente contabile dell'ufficio IVA entro la fine del mese successivo a quello in cui è avvenuta la riscossione da parte dell'ufficio, alle tesorerie delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano competenti per territorio, con un unico mandato di pagamento. L'anagrafe tributaria comunica mensilmente ai Ministri delle finanze, del tesoro e della sanità l'importo dei versamenti effettuati in contabilità speciale e l'importo degli ordinativi emessi a favore delle tesorerie regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 39.

(Ripristino dei vantaggi della fiscalizzazione)

1. Con uno dei decreti di cui all'articolo 36 il Governo potrà provvedere a ripristinare il vantaggio differenziale derivante dalla vigente fiscalizzazione dei contributi sanitari a favore delle imprese appartenenti ai rami terzo, quarto e quinto delle attività economiche secondo la classificazione dell'ISTAT, nonché di quelle localizzate nei territori di cui all'articolo 1 del testo unico delle leggi sugli interventi nel Mezzogiorno approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1978, n. 218, riducendo o azzerando il contributo di cui all'articolo 8 della legge 6 dicembre 1971, n. 1044, ed all'articolo 2, lettera a), della legge 29 novembre 1977, n. 891, relativo agli asili nido, e il contributo di cui all'articolo 31, commi quinto e sesto, della legge 4 aprile 1952, n. 218, relativo all'assicurazione contro la tubercolosi, compensando le minori entrate con opportune misure di natura fiscale, anche aumentando le aliquote di cui al comma 2 dell'articolo 36 della presente legge.

Art. 40.

(Schemi dei decreti delegati)

1. Gli schemi di decreto di cui alla presente legge debbono essere sottoposti al parere delle

competenti Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica. Prima dell'emanazione degli stessi decreti, lo stesso parere dovrà essere acquisito dal Governo sul testo del provvedimento delegato.

CAPO VII

NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 41.

(Disposizioni ordinamentali)

1. Sino all'entrata in vigore della legge di riforma delle autonomie locali le disposizioni del capo I della presente legge si applicano ai comuni, alle associazioni intercomunali ed alle comunità montane.

2. Sino all'entrata in vigore della legge di riforma delle autonomie locali le funzioni di governo di cui all'articolo 9 della presente legge sono esercitate:

a) per le unità sanitarie locali monocomunali, dal consiglio comunale e dalla giunta, per le funzioni di competenza di ciascun organo;

b) per le unità sanitarie locali la cui area territoriale ricomprende più comuni, dall'assemblea dell'associazione intercomunale e dall'esecutivo, per le funzioni di competenza di ciascun organo. L'esecutivo è composto dal presidente dell'assemblea e da sei membri eletti con voto limitato nel suo seno, di cui due espressione della minoranza;

c) per le unità sanitarie locali ricomprese nell'area territoriale di un solo comune, dal consiglio comunale e dalla giunta comunale, per le funzioni di competenza di ciascun organo.

3. Nei comuni nella cui area territoriale sono ubicate più unità sanitarie locali, il consiglio comunale istituisce per ogni azienda sanitaria locale un comitato di coordinamento, composto da cinque membri nominati tra i membri del consiglio comunale o dei consigli circoscrizionali.

4. Il comitato di coordinamento elegge nel suo seno il presidente. A detto comitato sono

attribuite nei limiti e nelle forme stabilite dalla delibera istitutiva funzioni concorrenti con quelle della giunta comunale di vigilanza e controllo sul generale andamento dell'azienda sanitaria locale. Ai membri del comitato compete per ogni presenza il solo gettone di presenza previsto dalla vigente normativa per la partecipazione ai consigli comunali.

5. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge sono istituite le aziende sanitarie locali di cui all'articolo 11. Con l'istituzione delle aziende sanitarie locali sono soppressi i comitati di gestione delle unità sanitarie locali.

6. Qualora l'ambito territoriale di un'area coincida con quello di una comunità montana, le funzioni del comitato di coordinamento sono svolte dal consiglio direttivo della comunità montana stessa, presieduto dal presidente.

7. Possono essere previsti organi consultivi composti dai membri del comitato di coordinamento e dagli assessori alla sanità dei comuni ricompresi nell'area territoriale.

Art. 42.

(Finanziamento della spesa sanitaria)

1. Fino all'entrata in vigore dell'imposta di cui al capo VI, l'ammontare annuale per competenza del Fondo sanitario nazionale è non inferiore al 5,5 per cento del prodotto interno lordo previsto nella Relazione previsionale e programmatica predisposta per il medesimo anno.

2. La legge finanziaria provvede a determinare la quota del Fondo sanitario nazionale da destinare alla spesa corrente ed a quella in conto capitale.

3. Nel caso di assenza dei piani sanitari regionali, le regioni determinano, sentiti i comuni, i principi di riparto triennale con legge regionale.

Art. 43.

(Superamento dei rapporti convenzionali)

1. Le convenzioni stipulate con professionisti sanitari ai sensi della normativa previgente

ed in base agli accordi collettivi nazionali da quella previsti in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, escluse quelle relative alla medicina generale e pediatrica di libera scelta, sono risolte di diritto dalla data del 31 dicembre 1990. Le stesse sono prorogate fino a tale data, con divieto di modificarne anche parzialmente i contenuti.

2. Con effetto dal 1° gennaio 1991, ai professionisti di cui al comma 1 che risultino titolari, da data non successiva al 31 dicembre 1988 e senza soluzione di continuità fino al 31 dicembre 1990, di convenzioni per un impegno complessivamente non inferiore alle ventiquattro ore settimanali è consentito, a domanda, l'accesso al rapporto di impiego con il Servizio sanitario nazionale.

3. I presupposti, le condizioni e le modalità per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 2 sono determinati, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative su base nazionale.

Art. 44.

(Forme associative)

1. Ai fini dell'applicazione della presente legge il riferimento ai comuni ed ai loro organi si intende anche alle forme associative previste dall'ordinamento.