

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 2864

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**ZANONE, d'AQUINO, BOZZI, SERRENTINO, FACCHETTI,  
BASLINI, BATTISTUZZI, FERRARI GIORGIO, DE LUCA,  
PATUELLI, STERPA**

*Presentata il 30 aprile 1985*

### Nuovo assetto dei servizi sanitari

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il nostro attuale sistema sanitario è senza dubbio inadeguato e carente. I risultati della riforma sanitaria, a distanza di oltre sei anni dalla sua approvazione parlamentare, sono assolutamente negativi.

I principali obiettivi della riforma in termini di riequilibrio territoriale del livello di assistenza sanitaria, di razionalizzazione e programmazione degli interventi, soprattutto per quanto attiene alla prevenzione, alla riabilitazione ed al miglioramento complessivo del grado di assistenza ai cittadini, sono sostanzialmente falliti.

Il punto debole del nuovo assetto introdotto dalla legge n. 833 è indubbiamente costituito dalle unità sanitarie locali, la cui configurazione giuridica ed il cui ordinamento hanno consentito lo

scadimento del livello delle prestazioni ed il determinarsi di una situazione di disordine amministrativo che ha favorito il verificarsi, su larga scala, di comportamenti distorti, di sprechi di pubblico denaro ed, anche, di illeciti amministrativi e contabili, come recentemente denunciato dal Procuratore generale presso la Corte dei conti.

Al determinarsi di tale situazione ha largamente contribuito l'iniziale assenza di controlli efficaci sull'operato delle unità sanitarie locali, assenza corretta in parte successivamente soprattutto grazie all'opera ed all'impegno dei liberali al Ministero della sanità.

La causa principale delle degenerazioni e delle disfunzioni delle unità sanitarie è stata, comunque, senza dubbio, la massiccia spartizione partitica delle cariche

nelle unità sanitarie locali medesime e la demotivazione del personale, specie medico, inserito in un enorme macchina burocratica e privato sostanzialmente della possibilità di esprimere la propria autonomia professionale.

Purtroppo la maggiore penalizzazione l'ha subita certamente il cittadino che ha visto la tutela della propria salute, che doveva e deve essere l'obiettivo centrale del servizio sanitario nazionale, scadere ad elemento quasi secondario.

Di fronte alla burocrazia delle unità sanitarie locali e negli ospedali pubblici, specie delle grandi città del centro-sud, il cittadino è stato sempre più considerato un numero, quasi un oggetto e non un soggetto di diritti la cui tutela è il fine stesso del servizio sanitario nazionale.

Da parte liberale sono state presentate, sin dalla passata legislatura, alcune proposte di legge per affrontare alcune delle carenze più gravi della legge di riforma: l'assistenza psichiatrica, l'assetto degli ospedali maggiori, la tutela dei diritti del malato.

La presente proposta affronta il problema nodale dell'assetto delle unità sanitarie locali e prevede la possibilità per i privati di partecipare a pieno titolo alla realizzazione dell'assistenza sanitaria.

Circa la riforma dell'assetto delle unità sanitarie locali si è ripresa in parte la disciplina prevista dal disegno di legge presentato dal Governo al Senato nel novembre scorso. Detto provvedimento recepisce, infatti, diverse indicazioni liberali in materia e cioè:

la configurazione delle unità sanitarie locali come organismi dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile;

lo snellimento della struttura organizzativa delle unità sanitarie locali, attraverso la riduzione dei componenti degli organi di gestione delle stesse;

il recupero del ruolo dei tecnici e, quindi, della professionalità all'interno degli organi di gestione delle unità sanitarie locali;

la maggiore autonomia operativa, rispetto alle unità sanitarie locali, per i presidi zonali e multizonali;

l'alta vigilanza del Ministero della sanità attraverso l'attribuzione di poteri di controllo sostitutivo sulle unità sanitarie locali e la estensione ad esso di alcuni poteri ispettivi, in particolare la facoltà di effettuare accertamenti diretti all'interno dei presidi e di chiudere quelli non rispondenti agli *standards* minimi strutturali e di qualificazione richiesti.

Rispetto all'assetto delle unità sanitarie locali disegnato dall'iniziativa governativa la presente proposta si differenzia nei seguenti punti qualificanti:

viene prevista la responsabilità finanziaria dei comuni sulle gestioni delle unità sanitarie locali e l'obbligo per gli stessi di ripianare gli eventuali disavanzi;

viene notevolmente accresciuta la qualificazione professionale richiesta per i presidenti delle unità sanitarie locali;

l'autonomia delle strutture ospedaliere viene estesa anche ai presidi zonali e viene meglio specificata la qualificazione professionale del dirigente del presidio cui vengono demandate le competenze e i poteri dell'ufficio di direzione delle unità sanitarie locali. Viene chiarita, inoltre, la stabilità della funzione di dirigente di presidio;

viene costituito, presso le unità sanitarie locali ed i presidi ospedalieri, un consiglio dei sanitari cui sono attribuiti i poteri consultivi su tutte le questioni inerenti gli aspetti tecnico-sanitari delle attività delle unità sanitarie locali e dei presidi ospedalieri.

Circa, invece, l'obiettivo della liberalizzazione del servizio sanitario nazionale esso è perseguito tenendo conto dei seguenti punti fermi:

a) accrescere la possibilità di scelta del cittadino tra prestazioni sanitarie pubbliche e private;

b) allargare ed istituzionalizzare la partecipazione di organismi privati e di associazioni di volontariato e di mutuo soccorso all'assistenza sanitaria;

c) assicurare l'assistenza sanitaria pubblica a tutti i cittadini che intendano avvalersene e, a titolo interamente gratuito, solo ai cittadini al di sotto di una determinata soglia di reddito;

d) abolire il prontuario terapeutico per consentire la fruizione da parte dei cittadini di un'ampia assistenza farmaceutica estesa a tutti i farmaci etici registrati nel nostro paese. Ciò perché il controllo ministeriale sulla efficacia dei farmaci può e deve essere fatto in sede di registrazione degli stessi: ai farmaci inutili o dannosi deve essere negata la registrazione e non l'inserimento nel prontuario terapeutico;

e) migliorare il grado di efficienza delle unità sanitarie locali accrescendo il peso ed il ruolo delle capacità e dei requisiti professionali per i vertici delle stesse ed introducendo principi di concorrenza tra unità sanitarie locali ed organizzazioni private e nell'ambito delle unità sanitarie locali medesime;

f) rendere più elastica e flessibile la gestione del personale sanitario attraverso l'introduzione di elementi privatistici nel rapporto di lavoro del personale stesso.

Nel complesso la presente proposta di legge è rivolta a dare una risposta concreta ed articolata alla diffusa domanda dei cittadini in direzione di una maggiore efficienza del sistema sanitario, di una maggiore trasparenza dell'azione amministrativa connessa con il settore sanitario, di una maggiore libertà del modo e del luogo di cura.

Illustriamo qui di seguito i singoli articoli.

*Articolo 1.* - La norma assicura le prestazioni del servizio sanitario nazionale a tutti i cittadini che intendano avvalersene e stabilisce che detto servizio sia completamente gratuito per tutti i percettori di reddito al di sotto di una soglia fissata ogni anno in sede di legge finanziaria.

In tal modo, ferma restando l'assistenza potenzialmente rivolta a tutti i cittadini, si introduce la possibilità di scelta diversa dall'assistenza sanitaria pubblica diretta.

*Articolo 2.* - Si tratta di una norma fondamentale che stabilisce il concorso delle associazioni di mutualità volontaria e degli organismi privati, che si occupano della tutela della salute dei cittadini, al conseguimento degli obiettivi del servizio sanitario nazionale.

*Articolo 3.* - L'articolo prevede che, per poter partecipare al conseguimento dei fini del servizio sanitario nazionale, le istituzioni sanitarie private debbano rispondere a requisiti strutturali e qualitativi non inferiori a quelli previsti per i presidi gestiti dalle unità sanitarie locali.

Dette istituzioni sanitarie private debbono, inoltre, essere registrate in un apposito albo tenuto dal Ministero della sanità e sono poste sotto la vigilanza delle regioni ed, in via sostitutiva, dello stesso Ministero.

*Articolo 4.* - L'articolo prevede per l'utente la piena libertà di scelta del medico e del luogo di cura, assicurandogli la possibilità di farsi curare tanto in una unità sanitaria locale, anche diversa rispetto al luogo di residenza, quanto presso le strutture private registrate. Stabilisce, inoltre, che della mobilità degli assistiti si tenga conto ai fini della ripartizione dei finanziamenti tra le varie unità sanitarie locali.

*Articolo 5.* - La norma prevede la possibilità di scelta tra assistenza diretta ed indiretta e stabilisce che coloro che optano per l'assistenza indiretta possano, entro limiti complessivi prestabiliti, detrarre dal reddito imponibile ai fini IRPEF le spese mediche ed ospedaliere direttamente sostenute, oppure i contributi versati ad associazioni di mutualità volontaria o ad altre istituzioni sanitarie private registrate, oppure i premi relativi a polizze di assicurazione privata contro le malattie.

*Articolo 6.* - Stabilisce, ai fini delle detrazioni di cui all'articolo precedente, che ogni anno ciascun cittadino debba

comunicare alla regione di residenza l'eventuale opzione per l'assistenza sanitaria indiretta.

Per i cittadini che optano per l'assistenza indiretta prevede, in considerazione delle competenze che restano in via generale al servizio sanitario, una contribuzione comunque non superiore al 50 per cento dei contributi sociali di malattia stabiliti per l'assistenza diretta, fermi restando quelli a carico del datore di lavoro.

Resta in ogni caso ferma la possibilità, per i cittadini che abbiano optato per l'assistenza indiretta, di poter accedere, a pagamento, alle strutture pubbliche.

*Articolo 7.* - L'articolo prevede che ai cittadini che non abbiano esercitato l'opzione per l'assistenza indiretta venga assicurata dalle strutture pubbliche l'assistenza medica generica, specialistica, ambulatoriale, farmaceutica, ospedaliera e riabilitativa.

Per l'erogazione di tali prestazioni possono essere chieste compartecipazioni sotto forma di *tickets* ai cittadini al di sopra di una soglia di reddito fissata ogni anno dal Ministro della sanità, di concerto con quello del tesoro.

Per i cittadini al di sotto della predetta soglia di reddito l'assistenza sanitaria diretta del servizio sanitario nazionale è completamente gratuita.

*Articolo 8.* - L'articolo delega il Ministro della sanità a perequare le aliquote dei contributi sociali di malattia che per varie categorie di cittadini oggi sono assai diversificate; stabilisce, inoltre, che la legge finanziaria ogni anno debba quantificare la parte degli oneri del servizio sanitario nazionale da finanziarsi con i contributi sociali di malattia e la parte direttamente a carico dello Stato.

*Articolo 9.* - L'articolo prevede la possibilità per le unità sanitarie locali e le istituzioni private di una reciproca utilizzazione dei presidi assistenziali di cui dispongono.

*Articolo 10.* - La norma prevede che per l'assistenza sanitaria prestata in regime di degenza ospedaliera, in forma

indiretta, i presidi di ricovero, sia pubblici che privati, possano richiedere un corrispettivo per caso trattato in base alla diagnosi di uscita, secondo un tariffario fissato dal Ministero della sanità. Tutto ciò per evitare una lievitazione della spesa a carico dei cittadini per l'assistenza sanitaria indiretta e per scoraggiare degenze troppo lunghe non giustificate clinicamente, ma causate solo da inefficienze dei vari presidi ospedalieri.

*Articolo 11.* - L'articolo stabilisce per tutti i cittadini l'assistenza farmaceutica in forma diretta, salva la partecipazione alla spesa per i cittadini al di sopra della soglia di reddito di cui all'articolo 1. Viene abolito, inoltre, il prontuario farmaceutico in quanto si tratta di uno strumento che non ha dato buona prova. Infatti, non solo ha ritardato in maniera notevole l'inserimento, tra i farmaci prescrivibili a carico del servizio sanitario nazionale, dei nuovi preparati frutto dello sviluppo della ricerca, in quanto, per ragioni di economia incompatibili con la rapidità del progresso scientifico, è stato aggiornato ogni due o tre anni, ma ha anche ridotto sensibilmente l'autonomia professionale del medico in ordine alle prescrizioni.

Inoltre il controllo pubblico sulla efficacia e la non nocività dei farmaci può e deve essere effettuato all'atto della registrazione degli stessi.

Viene demandata ad un successivo decreto del Ministro della sanità l'individuazione delle fasce di appartenenza dei vari farmaci e delle eventuali quote di compartecipazione degli assistiti.

*Articolo 12.* - La norma prevede la possibilità di utilizzare associazioni di volontariato nell'ambito del servizio sanitario nazionale, demandando alle regioni il compito di dettare norme dirette a tale scopo.

*Articolo 13.* - L'articolo definisce la natura giuridica e la dimensione dell'unità sanitaria locale che diviene azienda speciale dei comuni, singoli od associati, e viene dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e con-

tabile nei limiti dettati dalla legislazione regionale.

Il nuovo assetto della unità sanitaria locale ha lo scopo di rendere più certo e definito il quadro di riferimento giuridico di tale istituzione fondamentale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Articoli 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24. - Tali articoli riguardano l'assetto degli organi delle unità sanitarie locali in analogia a quanto delineato nel disegno di legge AS 1030, presentato dal Governo al Senato.

Rispetto al progetto governativo le principali variazioni riguardano la qualificazione culturale e professionale dei componenti del consiglio di amministrazione e dei presidenti delle unità sanitarie locali, di cui deve essere data indicazione, a pena di nullità, nelle delibere di nomina; l'istituzione, in ogni unità sanitaria locale e presidio ospedaliero, del consiglio dei sanitari, organo consultivo che deve essere sentito su questioni strettamente inerenti l'attività sanitaria delle unità sanitarie locali; la responsabilità finanziaria dei comuni sulla spesa ospedaliera.

In particolare l'articolo 14, in analogia a quanto normalmente previsto per le strutture aziendali anche di tipo privatistico, individua gli organi delle unità sanitarie locali nel consiglio di amministrazione, organo preposto alla guida della unità sanitaria locale, nel presidente, organo di raccordo e di rappresentanza, nell'ufficio di direzione, organo gestionale ed esecutivo, nel collegio dei revisori, organo di controllo.

L'articolo attribuisce, inoltre, ai comuni, singoli od associati, ed alle comunità montane l'esercizio delle funzioni di indirizzo e di controllo politico generale, individuando in maniera tassativa le competenze strettamente connesse a tali funzioni.

Ai comuni viene, inoltre, attribuita la responsabilità finanziaria dell'esercizio delle funzioni sanitarie e l'obbligo di ripianare gli eventuali disavanzi di amministrazione delle unità sanitarie locali.

L'articolo 15 definisce la composizione del consiglio di amministrazione limitan-

dola, onde evitare gli inconvenienti di un organismo pletorico, a 5 oppure a 7 membri per le unità sanitarie locali con popolazione assistita superiore a 150.000 persone o che amministrano presidi multizonali.

Prevede, inoltre, per i componenti del consiglio di amministrazione precisi requisiti culturali e professionali, da indicare, a pena di nullità, nella delibera di nomina, stabilendo che detti membri debbano essere in possesso almeno del diploma di scuola media superiore, nonché di specifiche competenze tecniche o amministrative, per studi o per funzioni svolte presso istituzioni pubbliche o private o per uffici pubblici ricoperti.

Individua, infine, in maniera tassativa le competenze del consiglio di amministrazione.

L'articolo 16 prevede per il presidente requisiti culturali e professionali molto rigorosi, da indicare a pena di nullità nella delibera di nomina, e cioè: in ogni caso, un titolo di studio universitario, nonché il possesso di esperienze professionali o manageriali nel settore privato o pubblico; ne valorizza, inoltre, la funzione di rappresentante della unità sanitaria locale e di elemento di raccordo, sia fra l'ente locale e l'azienda, sia tra il consiglio di amministrazione e l'ufficio di direzione.

L'articolo 17, allo scopo di rendere più incisiva e funzionale la composizione dell'ufficio di direzione, prevede che esso sia composto dal direttore generale sanitario, laureato in medicina e chirurgia e dal direttore generale amministrativo, laureato in discipline economico-giuridiche, scelti dal consiglio di amministrazione fra i dipendenti che appartengono, rispettivamente, al ruolo sanitario ed al ruolo amministrativo e posseggono una anzianità nella posizione funzionale apicale di almeno 3 anni, nonché specifici titoli ed esperienze di servizio in materia di organizzazione e di amministrazione sanitaria nelle sue varie articolazioni.

L'articolo stabilisce, inoltre, che il provvedimento di nomina da parte del consiglio di amministrazione debba essere motivato con specifico riferimento alla

professionalità ed alla esperienza degli aventi titolo che ne abbiano fatto domanda, valutate in base ad un giudizio complessivo sull'attività svolta e sui titoli posseduti.

Infine, in corrispondenza a quanto previsto per il consiglio di amministrazione, si ampliano le competenze dell'ufficio di direzione assegnandogli il compito di eseguire le deliberazioni del consiglio di amministrazione, di curare la gestione dell'azienda in conformità alle direttive del consiglio stesso, di adottare tutti gli atti di gestione comportanti una spesa superiore a 100 milioni di lire, nonché quelli relativi all'amministrazione del personale, all'organizzazione del lavoro ed alla gestione economico-finanziaria.

L'articolo 18 individua la composizione e la competenza del collegio dei revisori valorizzandone il ruolo fondamentale nell'ambito dell'organizzazione aziendale dell'unità sanitaria locale.

L'articolo 19 disciplina, senza prefigurare modelli uniformi, la struttura interna dell'unità sanitaria locale; precisa, in modo univoco, il significato dei termini « servizi e presidi » ed individua le competenze dei dirigenti dei servizi e dei presidi, così garantirne l'autonomia operativa nei confronti dell'ufficio di direzione.

L'articolo 20 prevede l'istituzione, presso ogni unità sanitaria locale e presso ogni presidio ospedaliero zonale e multizonale, del consiglio dei sanitari, organo consultivo che deve essere sentito per ogni questione strettamente inerente l'attività sanitaria delle unità sanitarie locali o dei presidi ospedalieri.

L'articolo 21, considerata la scarsa ed eterogenea attuazione data dalla legislazione regionale all'articolo 18 della legge 833/1978, diretto a consentire, pur nel quadro dell'unità di amministrazione dell'unità sanitaria locale competente per territorio, una gestione articolata dei presidi ospedalieri multizonali, e considerata pure la inderogabile necessità di realizzare una conduzione a forte valenza manageriale e tecnico-sanitaria di tutti i presidi ospedalieri, zonali e multizonali,

attribuisce, per detti presidi, le competenze dell'ufficio di direzione ad un dirigente di presidio, appartenente al ruolo sanitario od amministrativo. Detto dirigente di presidio è nominato dal consiglio di amministrazione delle unità sanitarie locali in ragione di una specifica esperienza e di capacità manageriali, da indicare nella delibera di nomina, acquisite in qualità di responsabile di servizio oppure di dirigente di amministrazioni operanti in campo sanitario.

L'articolo 21 stabilisce, inoltre, che il predetto dirigente di presidio risponda del suo operato direttamente al consiglio di amministrazione e prevede anche un collegamento con l'ufficio di direzione, imponendo, per gli atti che presentano connessione con l'attività dei servizi della unità sanitaria locale, di sentire l'ufficio di direzione stesso.

L'articolo 22, allo scopo di uniformare ed adeguare alla nuova organizzazione aziendale della unità sanitaria locale la disciplina della gestione amministrativo-contabile della stessa, demanda ad un decreto del Presidente della Repubblica, da adottarsi previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della legge, il compito di stabilire gli schemi generali del bilancio di previsione e del conto consuntivo, nonché la normativa generale in materia.

L'articolo 23 rivede la vigente disciplina dei controlli sulle unità sanitarie locali in relazione alle esigenze di celerità e di efficienza connesse al carattere aziendale della gestione delle stesse, riducendo i poteri di controllo preventivo del CORECO ed ampliando, correlativamente, i poteri di controllo successivo del collegio dei revisori.

L'articolo 24 disciplina i poteri ispettivi delle regioni e del ministro della sanità ai fini del controllo sull'attività delle unità sanitarie locali.

*Articolo 25* -La norma prevede una delega al Governo diretta ad individuare, sentite le organizzazioni sindacali delle categorie interessate, i casi di incompati-

bilità tra i diversi incarichi professionali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale al fine di impedire che un medesimo soggetto operi nelle unità sanitarie locali ed, allo stesso tempo, svolga attività in concorrenza con il Servizio sanitario pubblico.

*Articolo 26* - La norma modifica la composizione del Consiglio sanitario nazionale inserendo un rappresentante dell'Ordine dei medici, un rappresentante delle organizzazioni sindacali delle professioni sanitarie non mediche ed uno delle istituzioni sanitarie private registrate.

*Articolo 27* - Allo scopo di rendere più elastica e flessibile la gestione del personale sanitario e di garantire più spazio alla professionalità, soprattutto del personale medico, l'articolo 27, in analogia a quanto avviene per gli enti pubblici economici, stabilisce che il rapporto d'impiego dei dipendenti delle unità sanitarie locali sia disciplinato secondo i principi generali del rapporto d'impiego di diritto privato.

L'articolo prevede, inoltre, una delega al Governo per un riassetto delle unità

sanitarie locali, al fine di adeguarle alle nuove esigenze di efficienza e di competitività. In tale contesto sono previste agevolazioni per l'esodo del personale che risultasse eccedente a seguito della revisione della pianta organica.

Il personale delle unità sanitarie locali dovrà essere disciplinato prevedendo una attenta selezione nelle assunzioni, l'incentivazione della professionalità, in particolare del personale medico, la unitarietà della contrattazione collettiva gestita dal Ministro della sanità, l'uniformità del trattamento del personale in tutto il territorio nazionale e la previsione delle modalità per l'aggiornamento del personale stesso.

*Articolo 28* - L'articolo detta alcune norme transitorie e per l'adozione, da parte delle regioni e dei comuni, dei provvedimenti resi necessari dalla presente legge; prevede, inoltre, l'intervento, in via sostitutiva, del Ministro della sanità in caso d'inerzia delle regioni.

*Articolo 29* - L'articolo abroga le norme in contrasto con la presente legge.

PAGINA BIANCA

**PROPOSTA DI LEGGE**

PAGINA BIANCA

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

*(Principi generali).*

Il Servizio sanitario nazionale pubblico assicura a tutti i cittadini che intendono avvalersene l'assistenza sanitaria in forma diretta e garantisce, anche attraverso il potenziamento delle strutture, prestazioni efficienti nel pieno rispetto della dignità e della personalità degli utenti.

L'assistenza sanitaria diretta è completamente gratuita per i cittadini privi di reddito o percettori di reddito inferiore a quello determinato annualmente in sede di legge finanziaria.

## ART. 2.

*(Partecipazione di organismi sanitari privati all'assistenza sanitaria).*

All'azione del Servizio sanitario nazionale per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dalle malattie concorrono, con il Servizio sanitario nazionale stesso, nei modi e nelle forme stabilite dalla presente legge, le associazioni di volontariato, le associazioni di mutualità volontaria e le altre organizzazioni private che abbiano come fine lo svolgimento di attività per la tutela della salute fisica e psichica dei cittadini.

## ART. 3.

*(Requisiti degli organismi sanitari privati).*

Sono ammesse all'esercizio delle attività per la tutela sanitaria le associazioni e le organizzazioni private registrate in apposito albo nazionale delle istituzioni sanitarie private tenuto dal Ministero della sanità.

Le istituzioni sanitarie registrate hanno personalità giuridica di diritto privato.

I requisiti e le modalità per la registrazione sono stabiliti con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

Il Ministro della sanità provvede a dare comunicazione delle avvenute registrazioni alle regioni competenti per territorio.

I presidi sanitari a qualunque titolo utilizzati dalle istituzioni private devono possedere requisiti strutturali, di dotazione strumentale e di qualificazione del personale non inferiori a quelli previsti dalle vigenti disposizioni per i presidi gestiti dalle unità sanitarie locali.

La vigilanza sulle istituzioni sanitarie registrate è esercitata dalle regioni ed, in via sostitutiva, dal Ministero della sanità.

#### ART. 4.

*(Mobilità degli assistiti).*

I cittadini hanno diritto di scegliere liberamente il medico ed il luogo di cura.

A tal fine possono avvalersi tanto delle strutture e dei presidi dell'unità sanitaria locale, anche diversa dal luogo di residenza, quanto delle istituzioni sanitarie private registrate. Ai fini del finanziamento delle singole unità sanitarie locali si tiene conto anche della mobilità degli assistiti.

#### ART. 5.

*(Assistenza indiretta).*

I cittadini hanno diritto di scegliere liberamente fra assistenza in forma diretta ed assistenza in forma indiretta.

I cittadini che optano per l'assistenza indiretta hanno diritto di dedurre dal reddito imponibile delle persone fisiche:

a) le spese sostenute e documentate per l'assistenza diagnostico-curativa e ria-

bilitativa nelle forme contemplate dall'articolo 14, lettere *h*), *i*), *l*), *m*) *n*), della legge 23 dicembre 1978, n. 833; ovvero

*b*) i contributi versati ad associazioni di mutualità volontaria od altre istituzioni sanitarie registrate; ovvero

*c*) i premi relativi a polizze di assicurazione privata per l'assistenza in caso di malattia.

Le deduzioni dall'imponibile di cui al comma precedente non possono superare l'importo annuo stabilito dal Ministro delle finanze, di concerto con i Ministri della sanità e del tesoro.

#### ART. 6.

*(Opzione per l'assistenza indiretta).*

L'eventuale opzione per l'assistenza indiretta deve essere effettuata, entro il mese di ottobre di ogni anno, attraverso una comunicazione scritta alla regione di residenza.

L'opzione ha validità annuale e non è revocabile prima della scadenza.

I cittadini che hanno optato per l'assistenza indiretta possono, comunque, usufruire, a pagamento, dei servizi delle strutture sanitarie pubbliche.

Gli oneri per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale gravanti sui cittadini che optano per l'assistenza indiretta, in considerazione delle competenze che restano in via generale al Servizio sanitario stesso, sono determinati con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro e delle finanze, in misura ridotta rispetto ai contributi sociali di malattia stabiliti per l'assistenza diretta e, comunque, in misura non superiore al 50 per cento degli stessi.

Restano in ogni caso fermi gli oneri sociali di malattia a carico dei datori di lavoro.

## ART. 7.

*(Assistenza diretta).*

L'assistenza diagnostico-curativa nelle forme di cui all'articolo 14, lettere *h), i), l), m), n)*, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è, comunque, garantita in forma diretta dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini che non abbiano esercitato opzione per l'assistenza indiretta.

È a totale carico del Servizio sanitario nazionale l'assistenza diagnostico-curativa diretta, nelle forme di cui al comma precedente, dei cittadini privi di reddito o percettori di reddito inferiore al limite di cui al comma secondo del precedente articolo 1.

Possono essere chiamati a concorrere alla spesa per l'assistenza diretta, nella misura stabilita dalla legge, i cittadini percettori di un reddito personale superiore a quello di cui al secondo comma del precedente articolo 1.

## ART. 8.

*(Finanziamento  
del Servizio sanitario nazionale).*

Il Ministro della sanità, di concerto col Ministro del tesoro, con proprio decreto, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, provvede alla perequazione delle aliquote dei contributi sociali di malattia a carico degli utenti del Servizio sanitario nazionale.

In sede di legge finanziaria viene quantificata la quota parte del finanziamento del Servizio sanitario nazionale che deve essere coperta dai contributi sociali di malattia e la parte posta direttamente a carico del bilancio dello Stato.

## ART. 9.

*(Rapporti tra unità sanitarie locali  
ed istituzioni sanitarie private).*

Le unità sanitarie locali e le istituzioni sanitarie registrate hanno facoltà

di stipulare tra loro convenzioni per la reciproca utilizzazione delle strutture e dei presidi assistenziali di cui dispongono ai fini della erogazione, in forma diretta ai rispettivi assistiti delle prestazioni diagnostico-curative e riabilitative.

ART. 10.

*(Predeterminazione degli oneri per l'assistenza ospedaliera indiretta).*

Per l'assistenza prestata in regime di degenza, anche solo diurna, in forma indiretta, i presidi di ricovero pubblici e privati possono richiedere all'assistito esclusivamente il prezzo per caso trattato, in base alla diagnosi di uscita, secondo un tariffario stabilito dal Ministero della sanità, previa idonea sperimentazione, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge. Nel periodo transitorio gli anzidetti presidi possono richiedere rette medie giornaliere di degenza stabilite dai rispettivi organi di amministrazione.

ART. 11.

*(Assistenza farmaceutica).*

L'assistenza farmaceutica è erogata in forma diretta a tutti i cittadini, compresi quelli che hanno optato per l'assistenza indiretta, salva la partecipazione alla spesa, nella misura stabilita dalla legge, da parte dei cittadini non aventi diritto all'assistenza gratuita in forma diretta di cui al secondo comma dell'articolo 7.

Il prontuario terapeutico previsto dall'articolo 30 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è soppresso.

Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono

individuare le fasce di appartenenza dei vari farmaci e le quote di partecipazione degli assistiti.

La facoltà dell'acquisto diretto dei prodotti medicinali prevista dal terzo comma dell'articolo 28 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 è estesa alle istituzioni sanitarie registrate.

ART. 12.

*(Volontariato).*

Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza del Servizio sanitario le regioni disciplinano l'utilizzazione delle associazioni di volontariato aventi come scopo la prestazione di servizi sanitari.

ART. 13.

*(Natura giuridica e dimensione dell'unità sanitaria locale).*

L'unità sanitaria locale è azienda speciale dei comuni, singoli od associati, o delle comunità montane, per l'esercizio, in un ambito territoriale determinato, delle funzioni e dei servizi attinenti alla tutela della salute non riservati dalla legge ad altri organi od enti.

La sua attività è disciplinata, in modo da garantire un'ampia libertà di scelta dei cittadini e la economicità e la competitività della gestione, dalle disposizioni di cui ai successivi articoli, nonché da quelle contenute nella legge 23 dicembre 1978, n. 833 e nella conseguente legislazione statale e regionale.

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

L'ambito territoriale dell'attività di ciascuna unità sanitaria locale è delineato in base a gruppi di abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e

socio-economiche della zona. Nel caso di aree a popolazione sparsa valgono le disposizioni di cui all'articolo 14, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Nei comuni con popolazione superiore ai 500 mila abitanti l'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è determinato dal comune anche in deroga ai limiti indicati nel comma precedente.

#### ART. 14.

*(Organi dell'unità sanitaria locale).*

Sono organi dell'unità sanitaria locale:

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

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

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

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

*c)* impartiscono direttive per la formazione dei programmi, dei bilanci preventivi e dei conti consuntivi e verificano periodicamente l'andamento generale dell'azienda sulla base di apposite relazioni redatte dal consiglio di amministrazione, nonché dal collegio dei revisori ai sensi del terzo comma del successivo articolo 18;

*d)* impartiscono direttive sulla localizzazione dei presidi e sulle iniziative

necessarie per il ripiano dei disavanzi, ferme restando le disposizioni di cui al penultimo comma dell'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni;

e) hanno la responsabilità finanziaria dell'esercizio delle funzioni sanitarie ed hanno l'obbligo di ripianare gli eventuali disavanzi di amministrazione delle unità sanitarie locali.

Detti poteri sono esercitati tramite:

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

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

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

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

Dopo due convocazioni andate a vuoto del consiglio comunale o dell'assemblea generale della comunità montana o dell'assemblea generale dell'associazione dei comuni, sempreché sussistano comprovate ragioni per la revoca, la regione provvede ad adottare il provvedimento di revoca.

In caso di inerzia della regione, per un periodo superiore a novanta giorni, il provvedimento sostitutivo di revoca è adottato dal Ministro della sanità.

#### ART. 15.

*(Consiglio di amministrazione).*

Il consiglio di amministrazione è composto da cinque membri o da sette membri per le unità sanitarie locali con popolazione assistita superiore a 150.000 per-

sone o che amministrano presidi multizonali, eletti con voto limitato, rispettivamente, a tre o cinque preferenze.

I componenti del consiglio di amministrazione devono essere in possesso di titolo di studio non inferiore al diploma di scuola media superiore e di specifiche competenze tecniche o amministrative, per studi compiuti o per funzioni disimpegnate presso istituzioni pubbliche o private o per uffici pubblici ricoperti.

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

Detti requisiti devono essere indicati a pena di nullità nella delibera di nomina.

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

Spetta al consiglio di amministrazione:

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

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

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

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

e) l'approvazione degli atti inerenti alla gestione dell'azienda, adottati dall'ufficio di direzione, che comportano una spesa superiore a lire 500 milioni;

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

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

ART. 16.

*(Presidente).*

Il presidente deve essere in possesso del diploma di laurea e deve, inoltre, o possedere specifiche e documentate competenze tecniche od amministrative per aver disimpegnato funzioni, presso istituzioni sanitarie pubbliche o private, per un periodo di almeno tre anni, ovvero possedere specifiche capacità professionali comprovate da almeno cinque anni di iscrizione ad un albo professionale ovvero essere docente universitario o dirigente dello Stato o di enti pubblici.

Le proposte di nomina del presidente dell'unità sanitaria locale non possono essere discusse o deliberate ove non siano corredate dagli specifici titoli e requisiti di cui al comma precedente.

Detti requisiti devono essere indicati a pena di nullità nella delibera di nomina.

Il presidente convoca e presiede il consiglio di amministrazione e vigila che il funzionamento dell'ufficio di direzione avvenga in conformità degli indirizzi espressi ai sensi dell'articolo 14, nonché delle direttive del consiglio di amministrazione.

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

La funzione vicaria del presidente è disciplinata dal regolamento di cui al punto *b)* del precedente articolo 15.

ART. 17.

*(Ufficio di direzione).*

L'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale è formato dal direttore generale sanitario, laureato in medicina e chirurgia, e dal direttore generale amministrativo, laureato in discipline economico-giuridiche, scelti dal consiglio di amministrazione tra i dipendenti che apparten-

gono rispettivamente al ruolo sanitario ed al ruolo amministrativo e posseggono una anzianità nella posizione funzionale apicale di almeno tre anni.

Il direttore generale sanitario ed il direttore generale amministrativo devono possedere specifici titoli ed esperienze di servizio in materia di organizzazione e di amministrazione sanitaria nelle sue varie articolazioni; il direttore generale sanitario nel periodo di espletamento dell'incarico deve osservare il tempo pieno.

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

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

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

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

In sede di contrattazione collettiva è istituita e disciplinata una indennità di funzione a favore dei componenti l'ufficio di direzione.

#### ART. 18.

*(Collegio dei revisori).*

Il collegio dei revisori è composto da tre membri, dei quali uno designato dal Ministro del tesoro e scelto tra i funzionari del Ministero, uno designato dalla regione ed uno dai consigli o assemblee di cui al quinto comma del precedente

articolo 14, scelti tra gli iscritti agli albi dei revisori dei conti o dei dottori commercialisti.

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

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

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

Il collegio dei revisori può chiedere in visione al consiglio di amministrazione, per periodi di tempo determinati in ciascun anno finanziario e, comunque, non superiori all'anno stesso, gli atti che comportano spesa e che, in relazione ai risultati della gestione dell'anno precedente, ritenga di sottoporre a controllo prima della loro esecuzione.

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

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

Ai componenti il collegio dei revisori spetta un compenso nella stessa misura dell'indennità prevista per i componenti il consiglio di amministrazione.

#### ART. 19.

*(Organizzazione dell'unità sanitaria locale).*

La struttura interna dell'unità sanitaria locale si articola per uffici e per ser-

vizi corrispondenti ad aree omogenee di intervento, dotati di autonomia tecnico-funzionale.

I dirigenti degli uffici e dei servizi adottano tutti gli atti di gestione comportanti una spesa non superiore a lire 100 milioni, nonché gli atti a contenuto tecnico-sanitario, individuati dal consiglio di amministrazione in base a criteri dettati con legge regionale.

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

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

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

#### ART. 20.

##### *(Consiglio dei sanitari).*

Presso ogni unità sanitaria locale è costituito un Consiglio dei sanitari composto da non più di ventotto membri, di cui la metà medici-chirurghi di grado apicale, un quarto medici di grado intermedio ed un quarto medici di qualifica iniziale.

Presso ogni presidio ospedaliero è costituito un consiglio sanitario composto da non più di nove membri, di cui quattro medici-chirurghi di grado apicale, due medici di grado intermedio e due medici di qualifica iniziale, nonché dal responsabile della farmacia del presidio ospedaliero.

Il Consiglio dei sanitari ha poteri consultivi e deve essere sentito per ogni questione strettamente inerente l'aspetto tecnico-sanitario dell'attività delle unità sanitarie locali e dei presidi ospedalieri.

## ART. 21.

*(Presidi ospedalieri).*

Per le strutture delle unità sanitarie locali costituenti presidi ospedalieri zonali e multizonali le competenze dell'ufficio di direzione sono attribuite ad un dirigente appartenente al ruolo sanitario od amministrativo. Detto dirigente è nominato dal consiglio di amministrazione tra il personale dipendente di posizione funzionale apicale che ne abbia fatta richiesta, in ragione di specifiche esperienze e capacità manageriali acquisite in qualità di responsabile di servizio oppure di dirigente di amministrazione operante in campo sanitario, da indicare dettagliatamente nel provvedimento di nomina a pena di nullità. Nel caso che la scelta non cada su personale dipendente, ma investa soggetti non inquadrati nei ruoli nominativi regionali viene stipulato un contratto di lavoro quinquennale.

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

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

## ART. 22.

*(Regole della gestione).*

Al fine di assicurare la uniformità della gestione amministrativo-contabile

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

ART. 23.

*(Controlli).*

Il controllo sugli atti del consiglio di amministrazione è esercitato, in unica sede, dal comitato regionale di controllo di cui all'articolo 55 della legge 10 febbraio 1953, n. 62, integrato da un esperto in materia sanitaria, designato dal consiglio regionale, e da un rappresentante del Ministero del tesoro, nelle forme previste dagli articoli 59 e seguenti della medesima legge.

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

In ogni caso di inottemperanza ad obblighi imposti da atti normativi e da disposizioni regionali derivanti da atti di indirizzo e di coordinamento emanati ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa diffida se le omissioni non conseguano alla scadenza di termini espressamente previsti oppure risultanti dalla natura degli interventi, adottano i provvedimenti

omessi o, comunque, necessari, anche mediante l'invio di appositi commissari. Lo stesso potere, con le medesime modalità, è attribuito al Ministro della sanità, su segnalazione del commissario di Governo, quando la regione o la provincia autonoma non vi provveda.

ART. 24.

*(Poteri ispettivi).*

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

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

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

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

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

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

## ART. 25.

*(Incompatibilità).*

Il Governo è delegato ad emanare, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sentite le organizzazioni sindacali delle categorie interessate, norme sulla incompatibilità tra i diversi incarichi professionali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Dette norme devono impedire che un medesimo soggetto abbia rapporti con il Servizio sanitario nazionale e svolga, allo stesso tempo, attività che possano configurare un contrasto di interesse od una posizione di concorrenza con il servizio pubblico.

## ART. 26.

*(Integrazioni  
del Consiglio sanitario nazionale).*

Il Consiglio sanitario nazionale, di cui all'articolo 8 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è integrato da:

- a) un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici;
- b) un rappresentante delle organizzazioni sindacali delle professioni sanitarie non mediche;
- c) da un rappresentante delle istituzioni sanitarie private registrate.

## ART. 27.

*(Personale dipendente  
del Servizio sanitario nazionale).*

Il primo comma dell'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

« Lo stato giuridico ed economico del personale delle unità sanitarie locali è disciplinato secondo i principi generali e comuni del rapporto di impiego privato ».

Il Governo è delegato ad emanare, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, norme aventi forza di legge intese ad adeguare l'ordinamento amministrativo e del personale delle unità sanitarie locali alle esigenze di efficienza operativa e di competitività, anche attraverso forme di incentivazione del personale, secondo i seguenti principi e criteri direttivi:

a) attenta selezione professionale nelle assunzioni da effettuarsi attraverso pubblici concorsi, banditi dalle regioni su richiesta delle unità sanitarie locali;

b) incentivazione della professionalità, in particolare del personale medico;

c) disciplina dei ruoli del personale sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo;

d) unitarietà della contrattazione collettiva gestita dal Ministro della sanità;

e) uniformità dell'ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale;

f) previsione delle modalità per l'aggiornamento professionale obbligatorio del personale.

In caso di ristrutturazione dei servizi delle unità sanitarie locali che comporti riduzione di pianta organica, al personale dipendente delle unità sanitarie locali interessato al provvedimento di ristrutturazione, con almeno venti anni di servizio utile ai fini pensionistici, che chieda di lasciare il servizio entro centotanta giorni dal provvedimento medesimo, è riconosciuto un periodo figurativo di servizio utile ai fini pensionistici di cinque anni. La disposizione di cui al comma precedente si applica solo nei tre anni successivi alla data di entrata in vigore della presente legge.

## ART. 28.

*(Disposizione di attuazione).*

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

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

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

## ART. 29.

*(Abrogazioni).*

Sono abrogati l'articolo 10, secondo comma, l'articolo 14, primo comma, l'articolo 15, dal primo al decimo comma, nonché il primo periodo dell'undicesimo comma, l'articolo 49, commi primo, secondo e terzo della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni ed integrazioni, il decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, l'articolo 9 della legge 29 marzo 1983, n. 93 ed ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.