CAMERA DEI DEPUTATI N. 790

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato BORRA

Modifiche all'ordinamento del Servizio sanitario nazionale

Presentata il 19 maggio 1992

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Quattordici anni dopo l'approvazione della legge di riforma sanitaria 23 dicembre 1978, n. 833, si contano in più di un centinaio gli aggiustamenti e le correzioni successivi finalizzati a superare difficoltà e imprevisti, mentre molti degli atti legislativi derivati, che la stessa legge n. 833 del 1978 ordinava in tempi brevi quando non brevissimi, sono rimasti ai nastri di partenza. Le cause di un così vario andamento delle cose possono essere individuate in molte direzioni; sarebbe semplicistico affermare che si sia trattato prevalentemente di negligenza o di avversione allo spirito della riforma. Qualche traccia di tali fattori può anche essere individuata in eventi degli anni trascorsi ma essa è senza dubbio secondaria. L'attuazione della legge di riforma di per se stessa, senza contare le appendici che voleva avere ed in parte ha avuto, alcune delle quali utili o addirittura indispensabili, è costata notevole fatica.

Un impianto razionalmente perfetto sul piano teorico che in modo illuministico si doveva calare sull'intero territorio nazionale: questa è stata e tuttora rimane l'idea di fondo o, se si vuole, l'impianto del Servizio sanitario nazionale costituito da « una rete completa di unità sanitarie locali ». Varata in tempi ristretti durante la VII legislatura, la riforma sanitaria era stata preceduta da un dibattito culturale nato nei primissimi anni della ricostruzione post-bellica e gestito dapprima pressoché in esclusiva da alcuni grandi maestri della medicina sociale italiana, poi, con notevole accelerazione, da un assetto politico che tendeva a fuoruscire dalle

strutture dell'economia di mercato dello Stato sociale inteso secondo i criteri e i princìpi liberaldemocratici propri delle strutture statuali dell'Occidente.

Questo dibattito si incentrava sui princìpi sommi della *globalità delle prestazioni* (prevenzione, cura e riabilitazione, tutte di competenza delle unità sanitarie locali), della *universalità dei destinatari*, della *pari dignità sociale dei cittadini* e della *uguaglianza di trattamento* conseguente. Sono princìpi che rimangono validi, attuati o avvicinati; ma il dibattito preparatorio, affrontando principalmente quelli, finì col trascurare gli aspetti organizzatori e tecnici connessi alla loro pratica e quindi graduale applicazione. Bisogna sempre ricordare che non si trattava di impiantare di bel nuovo una rete di unità sanitarie locali, ma che si doveva, invece, trasformare un complesso contesto preesistente (enti ospedalieri, enti mutualistici, servizi erogati dai comuni, dalle province, dallo Stato, eccetera) che si supponeva di cancellare in parte – com' è avvenuto per talune funzioni – ma che ha comunque lasciato uno strascico pesantissimo di diritti acquisiti i quali non possono essere pretermessi nel quadro giuridico di libertà e di rispetto delle persone nel quale noi siamo chiamati ad agire. La mancanza, poi, di riferimenti economici di concorrenza, di comparazione e di incentivazione ancorata a dati reali di rendimento ha provocato in talune aree dilagamenti e aspettative alle quali è stato difficile resistere soprattutto per una gestione totalmente politicizzata del servizio. La saldatura della vecchia struttura col nuovo sistema istituzionale, si aggiunga, doveva intervenire ed è intervenuta senza interrompere neanche per un momento l'operatività.

Alle carenze del dibattito pre-riforma si è sovrapposta infine una forte volontà di accelerare i tempi in un quadro politico dato nel quale ogni aspetto del Servizio sanitario da definire, che tenesse conto dei caratteri propri dell'economia di mercato o di quel misto di privato-pubblico che caratterizza una lunga vicenda della crescita verso il *welfare*, veniva mortificato o intercluso.

Non è mancata nella riforma l'indicazione dell'obiettivo di superare gli squilibri territoriali presenti anche, e forse più accentuatamente, nelle condizioni della struttura sanitaria del Paese. Ma, con l'atomismo di oltre seicento unità sanitarie locali senza un preciso quadro giuridico, un legamento solido di interconnessione, una guida superiore dotata di sufficienti poteri, l'indicazione dell'obiettivo è rimasta tale.

Dalla preminente concezione *statalistica*, anche se ammantata di autonomismo, tale nel carattere pubblicistico dei rapporti di impiego, dell'ordinamento, dei rapporti gerarchici, delle procedure contabili e di ogni e qualsiasi prassi, sono derivate la pesantezza burocratica e, infine, la prevalenza degli interessi degli addetti al servizio rispetto alle esigenze, agli interessi e alla domanda del cittadino-utente: una struttura senza flessibilità e quindi in contrasto con le necessità moderne.

In una sorta di affidamento fideistico alla bontà dei governi locali e della burocrazia era persino naturale che fosse dedicata poca attenzione al *governo tecnico* (sanitario, economico ed amministrativo) delle unità del servizio, mentre secondo lo spirito del tempo, compresa la sovrapposizione partito-Stato, tutto il potere, compreso quello di natura tecnico-gestionale, è stato affidato al politico, episodio di quella *occupazione dello Stato* che tende a snaturare il nostro sistema di libertà.

Nelle unità sanitarie locali sono state fatte affluire schematicamente funzioni e cose molto disparate e senza alcun riguardo alle diverse dimensioni di quelle entità, neppure esattamente definite negli aspetti giuridici. Così è intervenuta, tra l'altro, una difficoltà di azione, di equilibrio tra costi e benefici, di valutazione degli stessi equilibri, soprattutto per i maggiori complessi ospedalieri; così la prevenzione anziché crescere ha teso a restringersi, salvo in alcune zone che non sono certamente la maggior parte dell'area del Paese. Sono note infatti le difficoltà nelle quali si esercita la funzione dell'igiene pubblica da parte delle unità

sanitarie locali, le manchevolezze gravi nella prevenzione e sicurezza sul lavoro, l'assottigliamento della veterinaria pubblica.

Alcune leggi previste dalla riforma del 1978 non sono diventate tali, però, anche per ragioni diverse e non ultima è la maggiore difficoltà di legiferare man mano emersa in una crisi che ha coinvolto le istituzioni. Meritano un esame a sè le vicende che hanno riguardato il piano sanitario nazionale: presentato e respinto; voluto poi come pura traccia per i piani regionali, mentre veniva marcandosi sempre di più lo squilibrio sul territorio. Né si può ignorare un comportamento che la sociologia politica considera normale: avvenuta l'approvazione della legge di riforma l'attenzione delle forze politiche e sociali è diminuita, accompagnandosi con un momento di crisi economica e di elevata inflazione, che ha provocato anche leggi e leggine contraddittorie e che ha ritardato fin qui la correlazione tra il Servizio sanitario e un nuovo assetto dei servizi sociali e del sistema previdenziale.

E quando si è affermata la volontà di introdurre correttivi di ordine strutturale, attraverso un disegno di legge governativo esaminato congiuntamente a proposte di iniziativa parlamentare, nel corso della X legislatura, il tentativo si è arenato. Sono però intervenuti, negli ultimi tempi, il decreto-legge 6 febbraio 1991, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 1991, n. 111, relativo agli organi di gestione delle unità sanitarie locali, e l'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (di accompagnamento alla legge finanziaria 1992), in materia di assistenza sanitaria.

Si potrebbe continuare nell'elencazione di discutibili impostazioni e di successive insufficienze attuative, a livello centrale e a livello periferico, ma resta « un diffuso senso di preoccupazione, di disorientamento, di delusione, di incertezza, di preoccupazione, di rabbia tra chi dedica la vita ai malati e tra tutti gli uomini che pensano alla salute come dovere e bene di ogni essere umano e della società », come scrive Franco Foschi nella « Lettera a un giovane del 2000 sulla salute ».

La presente proposta di legge non ha alcuna pretesa di essere la cosidetta *riforma della riforma,* soprattutto in quanto non ve né è la necessità né l'opportunità. Si ha del pari la convinzione che tutte le manchevolezze, le contraddizioni e i motivi di lamentela non saranno d'un colpo cancellati; si vuole tuttavia affrontare, sperimentando cambiamenti o adottando sistemi che normalmente vengono praticati con successo in altri campi, quel tanto di innovazione che è suggerito dall'esperienza su punti considerati essenziali e quindi con la speranza che una parte non indifferente dei difetti possa avere una correzione totale o parziale. Rimanere nello spirito dei valori di princípio e, in definitiva, nelle linee generali della struttura della riforma non può significare lasciarla deperire per il timore reverenziale di modificarne alcuni assetti, di semplificarne alcuni rapporti e di modernizzarne e umanizzarne il funzionamento.

Può sembrare impolitico ma è doveroso premettere che la rapidità dei cambiamenti scientifici e tecnologici nell'organizzazione e nelle attrezzature, nonché l'imponenza delle spese non soltanto di ricerca e di strutture fisiche ma anche di preparazione continua del personale – rispetto alla quale ultima siamo paurosamente arretrati – sono motivi di fatto che renderebbero estremamente utile, nel mantenimento della fisionomia pubblicistica del servizio, la privatizzazione dei rapporti di impiego. Se ne otterrebbe quella flessibilità e insieme quell'adeguamento dei valori retributivi ai livelli delle prestazioni, quella competitività e quello stimolo in mancanza dei quali è molto difficile proporsi degli obiettivi di accelerato ed efficace cambiamento. Non deve esistere alcun timore di una riduzione quantitativa, cioè di una riduzione dell'occupazione; essa, in tempi anche brevimedi, non potrà che essere crescente quand'anche si razionalizzasse l'impiego del lavoro, date le tendenze demografiche (invecchiamento) e le esigenze crescenti di ogni moderno sistema-salute. Non si è ritenuto di dover affrontare nella proposta di legge questo aspetto del problema per-

ché non ne è ancora maturata la coscienza. Quando noi potremo compiere un passo in avanti in questo settore si svuoteranno molte delle insidie tese contro il servizio pubblico da interessi del settore imprenditoriale privato e del settore assicurativo per liquidare la struttura pubblica di questo fondamentale aspetto del *welfare*.

I temi di maggiore rilevanza che la proposta di legge affronta per dare soluzioni ai problemi sono i seguenti: 1) nuova struttura della unità sanitaria locale che esce dal limbo in cui è stata confinata dall'intreccio tra la legge n. 833 del 1978 e il decreto del Presidente della Reppublica 24 luglio 1977, n. 616, per assumere la natura di « ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile ». La unità sanitaria locale diventa azienda e questa scelta corrisponde ad una indicazione prevalente nel dibattito degli ultimi anni nonché, per quanti hanno esperienza nel settore, alla esigenza di far corrispondere la realtà all'impianto giuridico istituzionale; 2) forte spinta verso la responsabilizzazione: separazione della responsabilità della gestione tecnica dalla responsabilità della amministrazione politica; compattamento per aree regionali, pur conservando l'autonomia alle unità sanitarie locali per avere, anche attraverso un bilancio consolidato regionale in una agenzia regionale, unità di guida alla scala prevista dalla Costituzione; autonomizzazione e quindi responsabilizzazione delle maggiori strutture ospedaliere; 3) istituzione del direttore con contratto di impiego privato e piena responsabilità gestionale; nonché altre variazioni in assetti particolari che rispondono non soltanto al criterio della responsabilizzazione ma anche a quelli della efficacia e della semplificazione: si intende proseguire, a titolo esemplificativo, per quanto riguarda i controlli, sulla linea tracciata dal comma 8 dell'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (di accompagnamento alla legge finanziaria 1992), che ha abolito il controllo dei comitati regionali di controllo sugli atti delle unità sanitarie locali.

Alcune disposizioni della proposta di legge riguardano la umanizzazione del Servizio e altre contengono la specificazione attuativa di norme generali stabilite dalla legge di riforma: si veda, ad esempio, quel che riguarda i distretti e quel che riguarda il rapporto tra la medicina di base e la medicina ospedaliera.

Si vuole sottolineare soprattutto che il fondo nazionale diventa più propriamente interregionale e le regioni acquisiscono il pieno titolo di libertà stabilito dalla Costituzione che corrisponde alla responsabilità: responsabilità dell'andamento del Servizio e responsabilità quindi dell'equilibrio finanziario.

Norme modernizzanti sono quelle demandate a decreti legislativi delegati, come accade per la materia della contabilità.

Hanno portata notevole le indicazioni relative alla procedura per la razionalizzazione effettiva delle disponibilità dei posti letto ospedalieri e quelle che portano ad una quadruplicazione degli investimenti. È quest'ultima una delle strade da percorrere per raggiungere un migliore equilibrio nella dotazione fisica del servizio tra il sud e le altre aree del Paese; ma, in quella direzione, non vanno trascurate le operazioni rese possibili dalla proposta di legge per una rapida definizione delle problematiche sospese in materia di professioni sanitarie e in materia di formazione del personale.

L'articolo 1 precisa, al comma 1, gli ambiti di applicazione della legge, che pone princìpi fondamentali per le regioni a statuto ordinario, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Nel pieno rispetto del dettato costituzionale, che assegna alle regioni la materia dell'assistenza sanitaria e ospedaliera, la legge è legge quadro di princìpi che dovranno essere attuati dalle regioni con proprie leggi e provvedimenti.

La riserva di autonomia amministrativa e organizzativa che, in modo più o meno ampio, è prevista per le regioni a statuto speciale dai rispettivi statuti e per le province autonome di Trento e di Bolzano dal decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, ha determinato l'espresso riferimento, quali desti-

natarie della emananda legge, alle sole regioni a statuto ordinario; ma non vi è dubbio che la sua natura di legge quadro la pone come strumento normativo che dovrà essere attuato, con gli adeguati provvedimenti, anche dalle regioni a statuto speciale e dalle province autonome sia pure con salvezza della loro competenza in materia: in tal senso espressamente si esprime l'articolo 37 della proposta di legge.

Il comma 2 dell'articolo 1 sostituisce i primi due commi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, mentre il comma 3 ne introduce due nuovi.

Nei contenuti le disposizioni sono identiche alla norma che sostituiscono. Se ne discostano, in modo sostanziale, nella parte finale dell'introducendo quarto comma, ove è previsto che il Ministro della sanità « indirizza alle regioni le direttive concernenti la programmazione nazionale, i programmi annuali di spesa nonché le attività delegate alle regioni ».

Detta formulazione, raffrontata al precedente testo (articolo 5, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833), secondo il quale il Ministro della sanità « emana le direttive concernenti le attività delegate alle regioni », suffraga e chiarisce l'intento di ricondurre nell'ambito regionale la « gestione » dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera con più ampi poteri legislativi e programmatori e con maggiori responsabilità sul piano delle scelte politiche e, come di seguito si vedrà, sul piano finanziario.

Allo Stato, per converso, è riservato il compito, da esercitarsi con atto di indirizzo e coordinamento, nella forma del decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con Ministro della sanità ed il Ministro del tesoro, di stabilire gli obiettivi ed i parametri di cui le regioni devono tener conto al fine di conseguire livelli ottimali delle prestazioni e della spesa sanitaria.

La determinazione, in ambito regionale, degli indirizzi di natura politica al fine dell'esercizio delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera è rimessa agli organi competenti a norma di statuto. Nel contempo, i più ampi poteri attribuiti alle regioni, come si ricava dall'articolo 1, impongono (di ciò si occupa l'articolo 2, comma 1) la ricerca di una apposita struttura amministrativa alla quale affidare la funzione di erogazione dei finanziamenti delle unità sanitarie locali e degli ospedali operanti nella regione, le funzioni in materia di igiene e prevenzione nonché di vigilanza, di controllo e di verifica dei risultati secondo modalità demandate alla determinazione della legge regionale.

Nel progetto, detta struttura è configurata come agenzia ed è dotata di un proprio bilancio autonomo. L'architettura del sistema ideato dalla proposta di legge richiede l'esistenza di detta agenzia in ogni regione ma il legislatore ha volutamente evitato di imporre la istituzione di un nuovo ente ed ha rimesso alla regione, nel giusto esercizio della sua potestà organizzatoria, la ricerca di una struttura amministrativa che potesse essere depositaria dei poteri demandatile.

In tal senso va intesa l'espressione: le regioni « individuano ... inoltre, apposita struttura amministrativa regionale », che ipotizza l'eventualità che già sussista, in ambito regionale, un ente che abbia la configurazione giuridica e l'autonomia di bilancio richieste per l'esercizio delle predette nuove funzioni.

Sempre nell'ottica del rispetto della autonomia regionale, il comma 2 demanda alla legge regionale le modalità di nomina del consiglio di amministrazione della agenzia amministrativa regionale, la composizione e la durata in carica dello stesso, limitandosi a suggerire che la presidenza « può » essere attribuita all'assessore regionale alla sanità e che nel consiglio di amministrazione « può » essere assicurata la partecipazione di rappresentanti dei comuni della regione.

Parimenti alla legge regionale è rimessa la disciplina della gestione amministrativa dell'agenzia, delle modalità e dei parametri di ripartizione dei fondi destinati al finanziamento delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri, pur delimitandosi la libertà legislativa della regione

con il richiamo della corrispondenza ai criteri di ripartizione e di programmazione nazionale.

Altri aspetti che devono essere contestualmente disciplinati concernono le previsioni di entrata e di spesa e i conti consuntivi della agenzia amministrativa regionale, che devono essere allegati ai bilanci di previsione ed al conto consuntivo della regione; l'esercizio delle funzioni di impulso, di vigilanza, di direzione e di verifica dei risultati da parte della agenzia regionale nei confronti delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali, con « particolare riguardo » all'adempimento delle indicazioni contenute nel piano sanitario regionale; l'assistenza dell'agenzia regionale nei confronti degli enti e organismi del Servizio sanitario regionale e, infine, l'espletamento delle procedure amministrative inerenti alle attività di cui al comma quinto dell'articolo 27 della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

La legge citata è la legge finanziaria per il 1984 e la disposizione richiamata consente alle regioni di utilizzare parte del fondo sanitario per attività svolte nell'interesse e per conto delle unità sanitarie locali quando ciò sia economicamente conveniente o opportuno in considerazione della rilevanza regionale dell'attività.

L'articolo 2, comma 3, provvede a discipliare i compiti che sono attribuiti alla agenzia amministrativa regionale.

Tali compiti sono i seguenti: *a)* ripartizione della quota del fondo sanitario interregionale di spettanza della regione tenuto conto, a tal fine, degli elementi che, come stabilito dall'articolo 4, sono considerati dal consiglio di amministrazione del fondo sanitario interregionale al fine di stabilire coefficienti parametrici per la ripartizione tra le regioni e le province di quota parte del fondo stesso. Detti elementi tendono al progressivo conseguimento di livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale; *b)* redazione di un bilancio consolidato degli enti e organismi del Servizio sanitario regionale; *c)* acquisizione ed elaborazione di dati e studi tecnici per la formulazione del piano sanitario regionale; *d)* elaborazione di proposte per la predisposizione del piano sanitario regionale; *e)* attività di igiene e profilassi, avvalendosi degli appositi uffici provinciali di igiene e prevenzione che le regioni sono tenute ad istituire a norma dell'articolo 14 della stessa proposta di legge.

Gli articoli 3 e 4 contengono alcune importanti novità che concorrono a qualificare il provvedimento. La più rilevante è la trasformazione del fondo sanitario nazionale in fondo sanitario interregionale di diretta pertinenza delle regioni. In forza di questa norma i contributi di malattia non sono piu versati all'erario, ma affluiscono, come destinazione finale di entrata, ad un conto corrente presso la tesoreria centrale aperto a nome delle regioni e delle province autonome e denominato fondo sanitario interregionale.

Le regioni e le province autonome amministrano direttamente questo fondo, mediante un consiglio di amministrazione di cui fanno parte tre rappresentanti ministeriali.

La norma si prefigge di responsabilizzare maggiormente le regioni e le province autonome sul versante delle entrate, facendo cessare la configurazione del fondo come « finanza trasferita », dove lo Stato è considerato responsabile unico della provvista dei mezzi e le regioni hanno solo l'incombenza della spesa.

Divenendo i contributi entrata propria delle regioni, lo Stato si limita ad erogare una integrazione « fissa », commisurata a quella della effettiva spesa del 1992, indicizzata per conservarne il valore reale a fronte della inflazione. Dato il valore costante dell'integrazione statale, le variazioni di costo dell'assistenza sanitaria debbono essere compensate, secondo la nuova impostazione, o con un migliore impiego delle risorse disponibili (lotta alle diseconomie, aumento della produttività) o con l'acquisizione di risorse aggiuntive (servizi opzionali a pagamento, incremento dei redditi patrimoniali per i beni di uso non sanitario, revisione dei « diritti » per certificazioni rese nell'interesse dei richiedenti) o mediante la contrattazione con le

forze sociali di un aumento dei contributi o, in alternativa, con un ridimensionamento delle prestazioni.

Questa maggiore flessibilità permette di superare una volta per tutte la pratica dei ripianamenti di fine d'anno a piè di lista a carico dello Stato.

Peraltro, viene previsto che le unità sanitarie locali che conseguono avanzi di amministrazione siano agevolate conservando gli avanzi stessi, senza decurtazioni in sede di finanziamento dell'esercizio successivo. La norma prevede, però, che tali avanzi siano destinati a impieghi qualificati (formazione, ricerca, borse di studio, potenziamento tecnologico per non oltre il 50 per cento dell'importo).

Di particolare rilievo è l'articolo 5, che definisce la struttura della unità sanitaria locale superando finalmente le dispute dottrinarie che si sono incessantemente svolte dalla entrata in vigore della legge n. 833 del 1978 circa la natura giuridica della stessa, mediante la sostituzione dell'articolo 14 della legge di riforma sanitaria.

Nella norma che si illustra la unità sanitaria locale è ente dotato di personalita giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile nelle forme e nei limiti indicati dalla legge e dalla programmazione regionale.

Il secondo comma del nuovo testo dell'articolo 14 definisce i compiti delle unità sanitarie locali: funzioni e servizi in materia sanitaria che non siano espressamente riservati dalla legge ad altri enti od organismi pubblici.

La competenza delle unità sanitarie locali, sotto questo profilo, è chiaramente residuale in quanto con successive disposizioni, come si vedrà, il progetto in esame ha provveduto alla distribuzione dei compiti in materia sanitaria a diversi organismi. In particolare, con la costituzione degli ospedali in enti ospedalieri regionali (articolo 11), alcune unità sanitarie locali perderanno la gestione dell'ospedale. Tutte le unità sanitarie locali dovranno, invece, per l'espresso dettato normativo dell'articolo 5, provvedere agli interventi di carattere sociale direttamente connessi a quelli sanitari. Detti interventi, tassativamente indicati, sono direttamente connessi agli interventi sanitari nei confronti degli anziani non autosufficienti, degli handicappati, dei tossicodipendenti, dei disabili psichici nonché agli interventi riguardanti l'area materno-infantile.

L'impostazione, è evidente, risponde alla logica di una completa ed organica assistenza nei casi in cui non è possibile scindere i due tipi di intervento: sanitario e sociale. Il finanziamento di quest'ultimo non potrà però gravare sul fondo sanitario interregionale e le unità sanitarie locali dovranno tenerne contabilità separata.

Attualmente l'articolo 30 della legge 22 dicembre 1984, n. 887 (legge finanziaria per il 1985) dispone che la competenza passiva delle spese di carattere sociale non faccia carico alle unità sanitarie locali anche se queste possono provvedervi per delega dei comuni con separato finanziamento e distinta contabilità. La disposizione in esame riconferma il testo dell'articolo 30 della legge n. 887 del 1984 stabilendo l'intervento delle unità sanitarie locali per legge e non subordinandolo alla delega del comune.

Il terzo comma del nuovo testo dell'articolo 14 ridetermina l'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale, che è determinato in base a gruppi di popolazione compresi fra i 200.000 ed i 400.000 abitanti, tenendo conto delle caratteristiche geomorfologiche e socioeconomiche della zona.

Ambiti diversi sono previsti: per le province con popolazione inferiore ai 200.000 abitanti, nel qual caso la unità sanitaria locale coincide con l'ambito provinciale; per i comuni con popolazione superiore ai 500.000 abitanti, nel qual caso l'ambito territoriale di attività della unità sanitaria locale è determinato dal comune, previo parere del Consiglio sanitario nazionale; per le aree a popolazione sparsa, per le quali l'ambito territoriale della unità sanitaria locale può avere riguardo anche ad una popolazione di meno di 200.000 abitanti e, infine, per le unità sanitarie locali coincidenti con le comu-

nità montane, per le quali può mantenersi la delimitazione esistente alla data di entrata in vigore della legge.

Il nuovo assetto territoriale delle unità sanitarie locali deve essere realizzato – di norma – con accorpamento delle unità sanitarie locali giá esistenti ed a ciò deve provvedere la regione, entro un anno dall'entrata in vigore della legge.

La strutturazione degli organi della unità sanitaria locale è nuova. Non vi è più cenno della assemblea generale, peraltro già soppressa dalla legge 15 gennaio 1986, n. 4, né del comitato di gestione, in ossequio al disposto del decreto-legge 6 febbraio 1991, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 1991, n. 111.

Gli organi della unità sanitaria locale sono il consiglio di amministrazione, che al suo interno esprime un presidente quale legale rappresentante dell'ente, il direttore generale ed il collegio dei revisori.

La legge regionale disciplina le modalità di composizione del consiglio di amministrazione della unità sanitaria locale i cui componenti sono nominati – comma 1 dell'articolo 7 – con deliberazione del consiglio comunale o della assemblea delle associazioni dei comuni o delle comunità montane territorialmente competenti. I membri potranno essere da sette a undici, in relazione agli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali e con rappresentanza della minoranza degli organi elettivi.

Sarà sempre la legge regionale a disciplinare i criteri di nomina dei componenti il consiglio di amministrazione che dovranno garantire specifica capacità amministrativa e tecnica degli eletti e, si ritiene che questo aspetto vada sottolineato, la condizione di piena autonomia nell'assolvimento dell'incarico, e, infine, la durata ed i limiti di riconferma dell'incarico.

Sarà sempre la legge regionale a determinare le attribuzioni del consiglio di amministrazione – alcune delle quali sono peraltro già indicate –, le sue competenze in ordine alla scelta dei dirigenti dei servizi ed alla revoca della nomina stessa; la determinazione delle dotazioni organiche ed, infine, l'organizzazione degli uffici della unità sanitaria locale e dei diversi presìdi e servizi, nonché i poteri del presidente.

Il consiglio di amministrazione dovrà, in definitiva, limitarsi alle decisioni fondamentali, strategiche, di indirizzo politico.

Il compenso dovuto al presidente ed ai componenti del consiglio di amministrazione deve essere rapportato, in percentuale non superiore all'80 per cento, all'indennità di carica rispettivamente prevista per il sindaco e per gli assessori di comuni con popolazione equivalente.

Particolarmente significativa e rilevante è l'istituzione, quale organo della unità sanitaria locale, del direttore generale. Di ciò si occupa l'articolo 8, che lo prevede come responsabile dell'attività gestionale dei presìdi, servizi ed uffici nonché per il trasferimento da un incarico all'altro del personale di livello direttivo e dirigenziale della unità sanitaria locale.

Il direttore generale provvede agli acquisti, in conformità alle direttive del consiglio di amministrazione, ed alle spese necessarie per il funzionamento della unità sanitaria locale; provvede, inoltre, alla organizzazione del lavoro e adotta gli atti relativi all'amministrazione del personale; partecipa, con voto consultivo, alle sedute del consiglio di amministrazione curando l'esecuzione delle relative deliberazioni, coordina l'attività istruttoria dei progetti di delibera da sottoporre all'approvazione del consiglio di amministrazione, verifica il conseguimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi nelle prestazioni dei servizi secondo criteri di efficienza ed economicità della gestione.

Dalla complessità e molteplicità dei compiti sopraindicati, emerge il carattere nevralgico della figura del direttore generale e ciò chiarisce la particolarità della disciplina del rapporto che lo lega alla unità sanitaria locale e motiva la cura posta nel regolamentare le modalità di svolgimento della procedura per la selezione dei candidati.

Questi aspetti sono curati dal comma 1 dell'articolo 8, che prevede l'adozione del contratto di diritto privato dei dirigenti di azienda, rinnovabile, con trattamento eco-

nomico volutamente parametrato a livelli di retribuzione elevati e con predeterminate cause di risoluzione del rapporto, e dal comma 3 dello stesso articolo, che demanda alla legge regionale le modalità per lo svolgimento della selezione per il conferimento dell'incarico, cui sono ammessi a partecipare candidati in possesso di laurea e che possano dimostrare lo svolgimento, per almeno cinque anni, di qualificata attività professionale o di direzione in amministrazioni pubbliche o in aziende private, in particolare nel campo della sanità.

Deve, peraltro, osservarsi che la disposizione parla di selezione degli idonei e non di graduatoria e ciò chiaramente indica la volontà di legare la nomina del direttore generale ad una predeterminata procedura, sicuramente garantistica, attesa anche la prevista partecipazione quali componenti della relativa commissione di un magistrato della giustizia amministrativa e di un dirigente del Ministero della sanità, i cui risultati saranno sì un limite per la possibilità di scelta ma non vincoleranno la scelta stessa al rispetto della graduatoria finale. E di ciò è riprova il dato letterale dell'articolo 8, comma 1, secondo cui la nomina « è disposta dal consiglio di amministrazione a maggioranza assoluta dei suoi componenti.... previa selezione ». Il comma 4 si preoccupa, infine, di rendere possibile l'espletamento dell'incarico da parte di dipendenti di pubbliche amministrazioni e per essi prevede il collocamento in aspettativa con diritto al mantenimento del posto. Ai fini previdenziali è prevista l'iscrizione all'Istituto nazionale di previdenza per i dirigenti di aziende industriali (INPDAI).

Ancora alla legge regionale è demandata dall'articolo 9 la disciplina delle modalità di nomina e delle attribuzioni del collegio dei revisori per il quale sono determinate la composizione numerica (cinque membri) e la derivazione istituzionale: Ministeri del tesoro, della sanità, dell'interno e regione.

I compiti del collegio dei revisori sono predeterminati al comma 2: svolge le attività previste dall'articolo 2403 del codice civile; può assistere alle sedute del consiglio di amministrazione; compila le relazioni sui progetti di bilancio di previsione, sul conto consuntivo finanziario e sul rendiconto economico patrimoniale e redige trimestralmente una relazione sulla gestione amministrativo-contabile delle unità sanitarie locali da trasmettere alla regione, alla agenzia amministrativa regionale di cui all'articolo 2, ai Ministeri della sanità e del tesoro. Segnala le eventuali irregolarità gestionali al consiglio di amministrazione, al presidente della giunta regionale ed ai Ministeri del tesoro e della sanità.

Le indennità di carica (comma 3) sono pari a quelle che l'articolo 7 prevede per il presidente ed i membri del consiglio di amministrazione.

Appare chiaro che, con questa ristrutturazione degli organi della unità sanitaria locale, l'ente assumerà una dinamicità di decisioni a tutto vantaggio della sua operatività, e quindi della sua capacità di risposta ai bisogni dell'utenza. Tale affermazione si colorerà ulteriormente allorché ci si soffermerà ad esaminare le disposizioni in materia di controlli contenute nel capo V della proposta di legge: articoli 15, 16 e 17.

I distretti sanitari di base – di cui si occupa l'articolo 10 – non sono una novità nel nostro ordinamento in quanto erano già previsti dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, il cui articolo 10, terzo comma, ipotizzava l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

L'articolo 10 rende generale l'obbligo della istituzione dei distretti sanitari di base e introduce la distinzione fra distretto di piccole collettività (città con popolazione inferiore ai 100.000 abitanti) e distretto metropolitano. Per il primo, pone una disciplina completa ed organica per quanto concerne i vari servizi, tra i quali deve essere realizzato il collega-

mento funzionale e per le attività del distretto. Per le città con popolazione superiore ai 100.000 abitanti, invece, è previsto che le unità sanitarie locali possono sperimentare modalità diverse per realizzare il coordinamento degli interventi sanitari. Sono, comunque, indicate le funzioni per le quali le unità sanitarie locali devono assicurare idonee modalità di coordinamento a favore dei cittadini: guardia medica, assistenza infermieristica, medicina scolastica, medicina sportiva, vaccinazioni, eccetera.

L'attivazione sperimentale dei distretti metropolitani risponde a quella che è la situazione attuale. Nelle grandi città, infatti, pur non esistendo i distretti, sono presenti molti servizi propri di questi, ereditati dagli uffici d'igiene dei comuni e dal sistema mutualistico (vaccinazioni, guardia medica) o attivati *ad hoc* (tossicodipendenti, volontariato, eccetera).

Si tratterà, quindi, solo di rendere più organici ed efficienti tali servizi.

Le norme per l'organizzazione ospedaliera rappresentano uno dei cardini della nuova impostazione del Servizio sanitario nazionale.

L'esperienza di questi anni ha, infatti, dimostrato che la collocazione delle strutture ospedaliere complesse nella unità sanitaria locale nella quale sono ubicate crea seri squilibri a discapito a volte della struttura ospedaliera, altre volte della unità sanitaria locale di appartenenza. Si è ritenuto, pertanto, per garantire una migliore assistenza ai cittadini derivante da un migliore equilibrio delle strutture, di rendere completamente autonomi, con personalità giuridica di diritto pubblico ed autonomia patrimoniale e organizzativa, gli ospedali già classificati regionali, quelli clinicizzati e quelli riconosciuti di alta specializzazione; possono, altresì, essere resi autonomi dalle regioni gli ospedali che abbiano più di 500 posti letto ed una utenza più ampia di quella della unità sanitaria locale di appartenenza.

Per assicurare la uniformità sul territorio nazionale, i requisiti per la sussistenza dell'alta specializzazione sono fissati con decreto del Ministro della sanità.

Il modulo istituzionale ed organizzativo dell'ente ospedaliero prevede un organo politico, il consiglio di amministrazione, i cui componenti, scelti da elenchi di esperti in materie giuridiche, amministrative, tecniche e sanitarie, sono nominati dalla giunta regionale o dal consiglio regionale mediante elezione con voto limitato, ed una commissione consultiva con componente medica.

Il consiglio di amministrazione e la commissione consultiva, qualora l'ente ospedaliero sia costituito da un ospedale clinicizzato, sono, rispettivamente, integrati con la rappresentanza dell'università.

Il finanziamento è previsto in base a parametri *standard* individuati ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 della legge 31 dicembre 1991, n. 412.

L'articolo 12 demanda alla legge regionale la disciplina dei presìdi ospedalieri integrati nelle unità sanitarie locali, stabilendo, comunque, per tali strutture, una contabilità separata che confluisce nello stesso bilancio della unità sanitaria locale. È prevista la possibilità che un dipendente laureato del ruolo amministrativo risponda della gestione del presidio, quando il numero dei posti letto sia superiore a 200. Anche presso i presìdi è istituita una commissione consultiva.

I criteri per l'istituzione, da parte regionale, dei dipartimenti necessari per la integrazione dei servizi sono dettati dall'articolo 13.

È introdotta, al riguardo, la possibilità che l'ente si organizzi tramite il raggruppamento di sezioni di ricovero, settori di ospedalizzazione diurna e domiciliare, centri diagnostici ed ambulatoriali di branche affini per il trattamento globale del malato, anche attraverso il collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri.

Il capo dipartimento, cui spetta la gestione del personale, è nominato dal consi-

glio di amministrazione ed è scelto tra i responsabili dei servizi ospedalieri che confluiscono nel dipartimento; questi è coadiuvato da un dirigente amministrativo il quale è preposto all'amministrazione di tutti i fondi che affluiscono al dipartimento stesso.

Di rilevante aspetto innovativo è l'articolo 14, concernente gli uffici provinciali di igiene e prevenzione che sono previsti quale articolazione periferica della agenzia amministrativa regionale (di cui all'articolo 2) con il compito di esercitare funzioni di controllo, di tutela, di prevenzione e di coordinamento ai sensi dell'articolo 22 della legge n. 833 del 1978. Questi uffici sono una moderna versione dei presìdi e servizi multizonali di prevenzione già introdotti dalla legge di riforma sanitaria. È noto, infatti, che la legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha fatto confluire nelle unità sanitarie locali gli uffici del medico provinciale, del veterinario provinciale e le competenze in materia di sicurezza del lavoro dell'ENPI e dell'ANCC. Ha, inoltre, previsto che i laboratori provinciali di igiene e profilassi siano costituiti in presidi multizonali di prevenzione al servizio di più unità sanitarie locali.

La soluzione indicata dal progetto in esame prevede che gli uffici sopracitati, confluiti nelle unità sanitarie locali, si distacchino da queste e si aggreghino intorno ai laboratori di igiene e profilassi, per divenire servizi direttamente dipendenti dalla agenzia amministrativa regionale, con un dirigente coordinatore dell'ufficio da scegliersi tra i dirigenti responsabili delle sezioni in cui si articola il presidio.

La negativa esperienza del passato in questi delicati settori di sanità pubblica ha suggerito un modulo organizzativo vincolante. Gli uffici, pertanto, si articolano in almeno due sezioni: sezione provinciale di igiene e sanità pubblica e sezione provinciale di sanità pubblica veterinaria.

L'articolo 15 detta disposizioni in materia di controlli ed è, in particolare, riservata alle regole della gestione ed ai relativi controlli.

Il controllo di gestione, come è noto, è stato introdotto dalla legge 5 agosto 1978, n. 468, e reiteratamente auspicato dal procuratore generale della Corte dei conti ma fino ad oggi è rimasto inattuato.

Tale forma di controllo, come prevista dalla proposta di legge in esame, è basata essenzialmente su indicatori di risultato, desunti dai flussi del sistema informativo sanitario, ed ha una rilevanza notevole ove si consideri che può portare ad un contenimento delle spese inessenziali e degli sprechi accrescendo il senso di responsabilità degli amministratori e dei gestori periferici.

I criteri di attuazione di detto controllo sono demandati ad un atto di indirizzo e coordinamento da emanare con decreto del Presidente della Repubblica, che contestualmente deve prevedere i compiti e le responsabilità degli organi di amministrazione delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali.

Sui risultati dei controlli di gestione il Ministro della sanità riferisce annualmente al Parlamento all'atto della presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese richiesta dall'articolo 8, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

L'articolo 15 dispone, inoltre, in materia di controllo dei conti consuntivi delle unità sanitarie locali, prevedendo il controllo della Corte dei conti alla quale le unità sanitarie locali e gli enti ospedalieri regionali devono trasmettere detti conti unitamente alle relazioni dei revisori e ad ogni altro documento che la Corte richieda.

La Corte dei conti riferisce annualmente al Parlamento sui risultati del controllo effettuato, sulla gestione finanziaria e sull'andamento dell'azione amministrativa degli enti del Servizio sanitario nazionale.

Il controllo sugli atti delle unità sanitarie locali è stato abolito dal comma 8 dell'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Confermando tale indirizzo, l'articolo 16 della proposta di legge si limita a prevedere il potere sostitutivo

della regione in caso di inottemperanza delle unità sanitarie locali a particolari obblighi, derivanti da atti normativi o da disposizioni regionali, che trovano la loro fonte in atti di indirizzo e coordinamento emanati sotto forma di decreto del Presidente della Repubblica.

Tale controllo sostitutivo può essere effettuato anche con invio di appositi commissari.

Lo stesso potere è esercitato dal Ministro della sanità in caso di inadempienza degli enti ospedalieri regionali.

Il comma 3 richiama, per i casi di persistente inattività degli organi regionali nell'esercizio di funzioni in materia sanitaria, l'intervento del Consiglio dei ministri, previsto dall'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché l'analogo intervento previsto dall'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

Sempre in tema di controlli, l'articolo 17 dispone in materia di controllo sugli organi richiamando le disposizioni di legge vigenti in materia per le amministrazioni comunali e regionali.

Inoltre, disciplina il potere di scioglimento dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri quando gli stessi non siano, per qualsiasi ragione, in grado di funzionare, ovvero ricorrano gravi motivi. Tale potere è demandato ad un decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per gli affari regionali. Con le stesse modalità possono essere rimossi gli altri organi dei predetti enti in tutte le ipotesi in cui le disposizioni di legge vigenti in materia prevedono la rimozione del sindaco.

A ciò consegue la nomina di un commissario per la gestione dell'ente e per la sostituzione degli organi.

L'articolo 18 detta disposizioni in materia di poteri ispettivi.

Tali poteri sono esercitati dalle regioni, per il tramite dei propri uffici ed avvalendosi anche di un apposito servizio ispettivo, sanitario e finanziario, per verificare, in relazione ai rendiconti trimestrali, l'andamento delle attività assistenziali e della gestione dei fondi assegnati a ciascuna unità sanitaria locale come disposto dall'articolo 13, primo comma, della legge 26 aprile 1982, n. 181 (legge finanziaria per il 1982).

Al Ministro della sanità compete l'alta vigilanza in materia di assetto funzionale ed organizzativo delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali e sulla rispondenza dei loro servizi ai bisogni assistenziali della popolazione. A seguito di tali accertamenti, per i quali si avvale del servizio ispettivo del Ministero e di un funzionario medico, di cui si dirà in sede di esame dell'articolo 20, il Ministro della sanità informa la regione delle eventuali deficienze riscontrate. Per i casi di accertate disfunzioni di tale gravità da riuscire di pregiudizio alla salute pubblica, il Ministro della sanità promuove i provvedimenti di scioglimento degli organi regionali, cui consegue la nomina di appositi commissari.

È previsto, infine, sia pure come eventuale, il potere del Ministro della sanità di procedere alla verifica di tutta la documentazione originale concernente i rendiconti delle unità sanitarie locali oppure di convocare i funzionari competenti per gli opportuni chiarimenti. Verifiche di tale genere sono già attualmente svolte dal Servizio centrale della programmazione sanitaria del Ministero della sanità sui rendiconti delle unità sanitarie locali. Con la disposizione se ne estende la previsione anche per i rendiconti degli enti ospedalieri regionali.

Di indiscusso rilievo, sì da potersi qualificare tra gli articoli fondamentali del provvedimento, è l'articolo 19, dedicato ai rapporti con il cittadino.

Sono note le aspre critiche rivolte al Servizio sanitario nazionale dai cittadini che lamentano eccesso di burocrazia, trattamento inumano, qualità scadente delle prestazioni, mancanza di igiene e, in generale, degrado delle prestazioni sanitarie, perdita di tempo per le lunghe attese, scarso rispetto da parte degli operatori sanitari, specie di livello inferiore. E sono questi solo alcuni dei motivi di doglianza, perché l'elenco potrebbe essere ulterior-

mente arricchito. L'articolo 19 dispone quindi una serie di misure finalizzate a sovvertire la situazione in termini di sostanza e di immagine.

Si citano, tra queste, la semplificazione delle procedure nei rapporti inerenti alla medicina di base e alla medicina specialistica; l'adeguamento degli uffici informazione e degli altri uffici a diretto contatto con il pubblico; il sistema delle prenotazioni ad orario per le attività di medicina ambulatoriale, con il previsto limite massimo di quindici giorni per i ricoveri ospedalieri non urgenti e l'obbligo di doppio turno ospedaliero nelle sale operatorie quando tale limite di attesa non possa essere rispettato; i corsi per il personale al fine di migliorare il contatto con gli utenti; la istituzione di uffici per le segnalazioni ed i reclami dei cittadini; la possibilità di accesso ai poliambulatori specialistici per i rappresentanti di determinate associazioni; e, infine, la istituzione di consulte degli utenti, con funzioni consultive in materia di tutela dei diritti del malato ricoverato, di funzionalità delle strutture del Servizio sanitario nazionale e di integrazione con i servizi sociali del territorio. La norma non obbliga ma facoltizza le regioni ad istituire dette consulte.

La distribuzione delle attività in materia sanitaria tra organi statali, regionali ed enti locali richiede un momento di necessario coordinamento tra le rispettive funzioni. Tale compito, a norma dell'articolo 20, è affidato al commissario del Governo coadiuvato da un funzionario medico del Ministero della sanità. Quest'ultimo è chiamato a partecipare alle sedute della commissione di cui all'articolo 41 della legge 10 febbraio 1953, n. 62, limitatamente all'esame degli atti regionali in materia sanitaria.

Ai fini della attuazione del potere di coordinamento che la proposta di legge gli attribuisce, il commissario del Governo, sempre coadiuvato dal funzionario medico di cui sopra, è tenuto a svolgere controlli, indagini e rilevazioni nonché a promuovere interventi.

Seguono le disposizioni relative all'organizzazione degli enti e per le attività di rilevanza nazionale.

L'articolo 21 riguarda gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

La semplice lettura della disposizione evidenzia la volontà di disciplinare *ex novo* detti istituti, e ciò trova motivazione nell'eccessivo numero di enti che hanno ottenuto tale qualifica e nella opportunità di una necessaria verifica di quelli che, per l'attività che svolgono, hanno giusto titolo per mantenerla. Ed infatti: decadono gli effetti del riconoscimento del carattere scientifico degli istituti concesso in virtù della normativa precedente (articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n, 833); il Ministro della sanità, entro il termine prefissato di sei mesi dall'entrata in vigore della legge, provvede alla individuazione ed al riconoscimento, con proprio decreto, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sulla base degli obiettivi generalizzati di ricerca e di sperimentazione biomedica, sanitaria, economico-organizzativa e, in particolare, di quelli connessi con il piano sanitario nazionale.

Il comma 3 prevede la delega al Governo della Repubblica per l'emanazione di norme in tema dei compiti istituzionali degli istituti e per adeguarne l'ordinamento, secondo i criteri ed i princìpi direttivi che la norma medesima provvede ad indicare e che concernono: le forme e le finalità dell'intervento del Ministero della sanità; la composizione degli organi di amministrazione e del collegio dei revisori; le attribuzioni del consiglio di amministrazione, del collegio dei revisori e del direttore generale, per i quali si rinvia ai princìpi indicati per i corrispondenti organi delle unità sanitarie locali; la possibilità di stipula di contratti a tempo determinato nel settore della ricerca; le procedure per l'acquisizione di finanziamenti non a carico del bilancio dello Stato.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, infine, sono approvati gli schemi tipo di apposite convenzioni che devono regolare i rapporti fra le regioni e gli istituti a carattere scientifico relativamente alle funzioni da queste svolte in materia di assistenza sanitaria. La stessa norma indica i contenuti essenziali delle convenzioni.

A seguito del riconoscimento concesso secondo la nuova disciplina, gli istituti in questione sono sottoposti alla vigilanza ed al controllo tecnico-sanitario da parte del Ministero della sanità.

La norma è diretta agli istituti di diritto pubblico, ma disciplina, in quanto applicabile, anche gli istituti di diritto privato che svolgono prestazioni sanitarie di ricovero e cura e specifica attività di ricerca scientifica biomedica.

L'articolo 22 si occupa degli istituti zooprofilattici a carattere scientifico.

Si tratta degli istituti zooprofilattici sperimentali che attualmente sono « enti regionali » con finanziamento a carico del fondo sanitario nazionale, il cui personale rientra, sotto il profilo economico, nel contratto del comparto sanità, pur non essendo gli istituti medesimi confluiti nel Servizio sanitario nazionale.

La norma in esame li qualifica come istituti zooprofilattici a carattere scientifico e li assimila agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Premessa la vigenza, in regime transitorio, delle disposizioni dalle quali sono oggi normati, il comma 2 delega il Governo della Repubblica a disciplinarli, in analogia a quanto previsto per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

L'articolo 23 prevede la riorganizzazione dell'Istituto superiore di sanità.

L'esigenza di riordinamento nasce dalla constatata inefficienza dell'attuale organizzazione dell'istituto per i compiti che lo stesso svolge. L'istituto è, infatti, organizzato in laboratori e servizi autonomi, con scarsa pratica di integrazione funzionale interdisciplinare per materie affini.

Il riordinamento prevede l'istituzione di un dipartimento per la formazione e l'aggiornamento permanente dei quadri e degli operatori tecnici del Servizio sanitario nazionale e con i compiti analiticamente indicati dalla disposizione medesima. La competenza in materia è attualmente della direzione generale degli ospedali del Ministero della sanità che non ha però svolto un ruolo incisivo di coordinamento.

È quindi prevista una organizzazione dipartimentale dei laboratori e servizi dell'istituto, funzionale alla natura interdisciplinare delle attività da svolgere.

Il comma 4 delega il Governo della Repubblica ad emanare, sentiti gli organi interessati, un decreto legislativo per la riorganizzazione dell'istituto fissando, a tal fine, precisi princìpi e criteri direttivi.

L'istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, istituito come organo tecnico-scientifico alle dipendenze del Ministro della sanità con decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 619, a tutt'oggi non è riuscito a raggiungere quel ruolo e quella efficienza operativa che la delicatezza delle funzioni affidategli avrebbe richiesto.

L'articolo 24 si propone di agevolarne la crescita.

A tal fine gli attribuisce autonomia ammistrativa, funzionale e tecnico-scientifica. Le competenze affidategli sono quelle risultanti dal già citato decreto del Presidente della Repubblica istitutivo e dall'articolo 2 del decreto-legge 30 giugno 1982, n. 390, convertito, con modificazioni, della legge 12 agosto 1982, n. 597. L'istituto, inoltre, coordina le iniziative regionali in materia di formazione degli operatori del Servizio sanitario nazionale.

Anche per il riordinamento dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro il progetto di legge delega il Governo della Repubblica ad emanare uno o più decreti legislativi che individuino nel contempo le professionalità tecniche ed amministrative necessarie per le attività dei dipartimenti centrali e periferici sulla base di princìpi e criteri direttivi contestualmente indicati.

L'articolo 25 riguarda le professioni sanitarie infermieristiche, di riabilitazione e tecniche ed è scaturito dalla necessità di regolamentare compiutamente ed in modo uniforme la formazione e l'attività di tutte le figure sanitarie funzionali alle esigenze del Servizio sanitario nazionale. A tal fine, l'intero settore di operatori, uniti concettualmente dallo svolgere una attività sanitaria, è stato suddiviso, secondo la tipologia delle diverse professionalità, nelle tre categorie precitate.

Tale classificazione costituisce anche una nuova qualificazione delle professioni in quanto per alcune di esse rappresenta il riconoscimento di professione sanitaria autonoma e quindi non più « ausiliaria » e per altre supera il concetto di « arte »; il superamento di tale concetto deriva dalla nuova impostazione degli studi che non è più semplice preparazione all'esercizio di attività artigiana, ma presuppone una formazione anche culturale di base ed una conoscenza approfondita delle nuove tecnologie indispensabili per inserire il personale nelle attuali strutture sanitarie.

Nei commi 2, 3 e 4 sono individuate tutte le professioni, mentre il comma 5 prevede la riconversione della figura della vigilatrice d'infanzia nella nuova figura di infermiere pediatrico; la figura della puericultrice non trova più collocazione in questo nuovo assetto, in quanto non riconosciuta come operatore sanitario, essendo adibita alla cura del bambino sano.

Il comma 7 demanda ad un decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, la disciplina della formazione delle singole professionalità e dei relativi esami di abilitazione e ad un analogo decreto è demandata dal comma 8, fatte salve le competenze regionali, la individuazione delle professioni che necessitano di formazione universitaria. È prevista, inoltre, l'emanazione di un decreto interministeriale per l'individuazione dei profili professionali e, a seconda della necessità dell'assistenza, anche delle eventuali specializzazioni e degli indirizzi specifici.

I commi 10 e 11 estendono a tutte le nuove categorie di operatori, previste nella legge, l'ordinamento dei collegi professionali, rinviando al disposto del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, in quanto applicabile.

Il comma 12 stabilisce i necessari adempimenti per l'inserimento degli operatori di cui trattasi nel Servizio sanitario nazionale. Lo strumento ritenuto idoneo è quello di cui al quarto comma dell'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, cioè il decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale nel quale, come è noto, sono ampiamente rappresentate le componenti governative, regionali e del lavoro.

Argomento sicuramente meritevole di degna attenzione è quello concernente la cura e l'assistenza degli anziani di cui si occupa l'articolo 26.

La disposizione è estremamente chiara nel suo dettato. È prevista l'istituzione di una commissione nazionale tenuta a verificare la condizione degli anziani nelle strutture che li ospitano. A tal fine, la commissione ha accesso diretto alle istituzioni interessate, collabora alla definizione di *standard* minimi di agibilità igienico-sanitaria e di umanizzazione dei rapporti, nonché di parametri medi di costo per ciascun tipo di istituzione; deve tenere un elenco nazionale delle istituzioni che accolgono gli anziani e curarne l'aggiornamento.

La commissione ha una composizione predeterminata, particolarmente qualificata per i compiti che le sono affidati e deve riferire sul proprio operato ogni semestre al Ministero della sanità ed al Consiglio sanitario nazionale.

L'articolo 27 tratta delle convenzioni tra le unità sanitarie locali e gli enti ospedalieri regionali con le associazioni di volontariato per il migliore espletamento delle attività sanitarie e sociali. La determinazione dei criteri per la stipula delle convenzioni è rimessa ad un atto di indirizzo e coordinamento da emanare con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri d'intesa con il Ministro della sanità e con il Ministro per gli affari sociali.

L'articolo 28 detta norme per il riordinamento della contabilità delegando il Governo della Repubblica ad emanare un decreto legislativo per stabilire i sistemi delle strutture contabili e del piano dei costi sia per le unità sanitarie locali che per gli enti ospedalieri autonomi. A tal fine, indica dettagliati e precisi princìpi e criteri direttivi. Il comma 2 prevede la

costituzione di una commissione che deve predisporre il complesso decreto legislativo di riordino della contabilità, indicandone la composizione.

L'articolo 29 istituisce presso il Ministero della sanità l'Osservatorio sui prezzi e sulle tecnologie sanitarie. Esso nasce come articolazione del sistema informativo sanitario per l'effettuazione di rilevazioni sulla tipologia delle apparecchiature e tecnologie sanitarie, dei materiali sanitari, degli altri materiali e sui prezzi relativi.

Al comma 2 è prevista la costituzione di una commissione scientifica, che opera nell'ambito dell'osservatorio predetto, con compiti di collaborazione alla raccolta di dati in materia di tecnologie sanitarie e dei prezzi dei materiali di consumo; di formulazione di proposte in materia di pubblicazione di dati di mercato e di quelli relativi ad accordi a livello nazionale per le strutture pubbliche; di analisi dei dati di mercato e di quelli desunti dalle attività delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali; di segnalazione di situazioni anomale, problemi e disfunzioni del settore e, infine, di formulazione di proposte al Ministro della sanità per appropriati interventi atti ad eliminare le anomalie riscontrate.

La medesima norma prevede un decreto del Ministro della sanità per la istituzione presso il Servizio centrale della programmazione sanitaria di un ufficio costi, con il compito di effettuare analisi e valutazioni in materia di costi di produzione di beni e servizi di più rilevante impiego nel settore sanitario.

Il comma 1 dell'articolo 30 istituisce, con sede a Perugia, un centro nazionale di documentazione per l'educazione sanitaria. Scopo del centro è quello di raccogliere e mettere a disposizione del Servizio sanitario nazionale e del sistema scolastico documentazioni, metodologie ed esperienze in materia di educazione sanitaria.

Questa è la prima, vera e concreta iniziativa nazionale in tema di educazione sanitaria. La scelta della sede, Perugia, è determinata dal fatto che già è stata attuata in quella città una sperimentazione di prototipo che è frutto di ricerche finanziate sul fondo sanitario nazionale.

Il Ministro della sanità definisce, d'intesa con la regione Umbria, lo statuto del centro, che deve disciplinare gli organi di amministrazione e di controllo e l'organico del personale; le modalità per l'acquisizione delle strutture e dei materiali di documentazione appartenenti al locale centro sperimentale per l'educazione sanitaria; le modalità di connessione telematica alla rete del sistema informativo sanitario; la possibilità di stipulare accordi con organizzazioni internazionali, università e Consiglio nazionale delle ricerche per l'acquisizione di contributi utili alle attività del centro. Detto statuto è approvato con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità.

Il centro è finanziato dal fondo sanitario interregionale con una quota delle risorse a destinazione vincolata per iniziative di rilievo centrale e sovraregionale, in quanto è tale, a tutti gli effetti, l'attività che il centro è chiamato a svolgere nel campo dell'educazione sanitaria.

Il comma 1 dell'articolo 31 istituisce la tessera sanitaria come parte integrante del libretto sanitario di cui all'articolo 27 della legge n. 833 del 1978. La tessera sanitaria sarà introdotta inizialmente in via sperimentale in due regioni e solo in relazione all'esito della sperimentazione, con successivo provvedimento, si provvederà a definire i criteri e le modalità per la progressiva estensione della tessera sanitaria a livello nazionale.

La legge di riforma sanitaria, all'articolo 61, terzo comma, lettera *a)*, all'atto della costituzione delle unità sanitarie locali, ha previsto il graduale trasferimento ai comuni, per la successiva attribuzione alle unità sanitarie locali, dei beni e delle attrezzature di cui erano titolari gli enti o gli uffici di cui, secondo le disposizioni della stessa legge, cessavano i compiti nelle materie proprie del Servizio sanitario nazionale. Analogamente, per i beni mobili ed immobili e per le attrezzature destinate prevalentemente ai servizi sani-

tari appartenenti agli enti, casse mutue e gestioni soppresse, la medesima legge n. 833 del 1978, all'articolo 65, primo comma, ne ha previsto il trasferimento al patrimonio dei comuni competenti per territorio, con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali. Infine, l'articolo 66, primo comma, della stessa legge n. 833 del 1978 ha trasferito al patrimonio del comune in cui sono collocati, sempre con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali, i beni immobili e le attrezzature appartenenti alle province o ai consorzi di enti locali e destinati ai servizi igienico-sanitari, compresi i beni mobili ed immobili e le attrezzature degli enti ospedalieri, degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e dei centri di igiene mentale dipendenti dalle province o da consorzi delle stesse o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, nonché degli altri istituti di prevenzione e cura e dei presìdi sanitari extraospedalieri dipendenti dalle province o da consorzi di enti locali.

Con la costruzione ideata dalla proposta di legge in esame, che vede sia le unità sanitarie locali che gli enti ospedalieri e le agenzie amministrative regionali quali organismi dotati di autonomia patrimoniale e contabile, non vi è motivo di conservare il regime voluto dalla legge n. 833 del 1978.

L'articolo 32, comma 1, della proposta, pertanto, prevede il trasferimento, da attuarsi con modalità demandate alla normativa regionale, degli immobili e del patrimonio pervenuto dai comuni, per effetto delle sopra richiamate disposizioni, alle unità sanitarie locali, agli enti ospedalieri regionali ed alle agenzie amministrative regionali.

I criteri del traferimento sono i seguenti:

a) alle unità sanitarie locali ed agli enti ospedalieri regionali sono trasferiti i beni immobili e patrimoniali che, alla data di entrata in vigore della legge, risultano destinati all'esercizio delle rispettive attività istituzionali;

b) alle agenzie amministrative regionali sono trasferiti i beni immobili e patrimoniali che, alla data di entrata in vigore della legge, sono destinati all'esercizio delle attività attribuite agli uffici provinciali di igiene e prevenzione essendo questi, come si è già visto, articolazioni periferiche delle agenzie stesse;

c) i beni immobili e patrimoniali, aventi destinazione diversa da quella indicata nelle lettere *a)* e *b)*, sono trasferiti agli enti ed alle amministrazioni nei quali sono comprese le strutture sanitarie cui i beni stessi inerivano all'atto dell'entrata in vigore della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

L'articolo 33 detta le modalità per l'adozione delle disposizioni di attuazione della legge prevedendo il termine di otto mesi dalla data della sua entrata in vigore.

La disciplina e gli organi attualmente esistenti vigono fino all'insediamento dei nuovi organi e comunque non oltre il termine di otto mesi già indicato.

Decorso tale termine, alla nomina dei nuovi organi ed alla trasformazione delle unità sanitarie locali in enti dotati di personalità giuridica provvede la regione nominando un commissario straordinario. In caso di inerzia delle regioni, decorsi sessanta giorni, il commissario straordinario è nominato dal Ministro della sanità.

Al consiglio di amministrazione delle unità sanitarie locali, salvo quanto diversamente stabilito in specifiche disposizioni di legge, sono trasferite tutte le competenze già attribuite al comitato di gestione delle unità sanitarie locali.

Per i componenti del consiglio di amministrazione delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali vigono le incompatibilità previste dalla legge 23 aprile 1981, n. 154.

Il regime convenzionale obbligatorio, già previsto dalla precedente normativa, per le università e per le restanti istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica, è lasciato immutato dall'articolo 34, che fa un semplice rinvio, rispettivamente, alla disciplina dell'articolo 39 e dell'articolo 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Ferma restando la particolare disciplina prevista dagli articoli 8 e 11 per il contratto del direttore generale, lo stato giuridico ed economico del personale del Servizio sanitario nazionale rimangono invariati. Nessuna innovazione è prevista dall'articolo 25 in merito alla appartenenza al comparto di contrattazione collettiva del personale del Servizio sanitario nazionale, nonostante la modifica di natura giuridica, la nuova strutturazione della unità sanitarie locali e il riconoscimento della personalità giuridica agli enti ospedalieri regionali ed a quelli con vasti bacini di utenza. È questa una precisa scelta determinata dalla considerazione che non è giustificabile una differenziazione di trattamento del personale a seconda dell'organo o della struttura nei quali lo stesso opera all'interno del Servizio sanitario nazionale.

Quindi, per non creare turbative nell'assetto del personale, è anche prevista, con le modalità e procedure di cui alla legge 29 marzo 1983, n. 93, sul pubblico impiego, l'integrazione del comparto sanità, entro termini brevissimi, con il personale dell'agenzia amministrativa regionale (di cui la legge regionale fisserà la pianta organica) in modo che un unico regime contrattuale venga ad abbracciare l'intero personale del Servizio sanitario; le finalità comuni che legano il personale rendono concettualmente impossibile effettuare distinzioni di comparto tra lo stesso, in quanto tali distinzioni creerebbero sicuramente squilibri nell'assistenza ai cittadini.

Segue, quindi, una necessaria norma transitoria, l'articolo 36, relativa alle assegnazioni di personale alle nuove strutture. La soluzione proposta è apparsa quella che crea meno turbative e rispetta sia le esigenze dei singoli sia la funzionalità delle strutture sempre nell'ottica della più efficace assistenza.

Pur modificandosi, quindi, la natura giuridica della struttura, il personale rimane alla stessa assegnato nella posizione giuridica e funzionale già ricoperta; è questa la previsione sia per il personale già addetto ai servizi e presìdi sanitari delle unità sanitarie locali al momento della costituzione in ente, sia per quello addetto agli ospedali alla data della loro costituzione in ente ospedaliero, sia ancora per quello addetto ai laboratori di igiene e profilassi e agli altri presìdi o servizi la cui attività rientra nelle competenze degli uffici provinciali di igiene e prevenzione.

Soltanto il personale addetto ai servizi generali della unità sanitaria locale viene assegnato ad una delle nuove strutture secondo una procedura che prevede sia la individuazione dei posti vacanti nella nuova pianta organica determinata dalla regione sia la formulazione di apposite graduatorie distinte per unità sanitarie locali e per gruppi di unità sanitaria locale sulla base dell'anzianità nella posizione funzionale rivestita.

Per le posizioni funzionali apicali del personale laureato è prevista una graduatoria formulata in base ai titoli, non ritenendosi idonea l'anzianità di servizio date le particolari attività e le complesse responsabilità correlate alla funzione.

Già si è detto, in sede di esame dell'articolo 1, che la proposta di legge, pur riferendosi in modo letterale alle regioni a statuto ordinario, in effetti, quale legge di principio, deve trovare applicazione su tutto il territorio nazionale. L'articolo 37 del progetto fa quindi salve, nelle materie dal medesimo disciplinate, le competenze statutarie delle regioni a statuto speciale e le competenze spettanti alle province autonome di Trento e di Bolzano secondo le forme e condizioni particolari di autonomia definite dal testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670.

DISEGNO DI LEGGE

—

CAPO I

DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 1.

(Ambiti di applicazione).

1. Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali per le regioni a statuto ordinario, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Esse modificano ed integrano le disposizioni della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Il primo e il secondo comma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono sostituiti dai seguenti:

« Spetta allo Stato la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni in materia sanitaria attinenti ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, ad esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria nonché agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari.

La funzione di cui al primo comma è esercitata con leggi quadro e, fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, mediante decreto del Presidente della Repubblica, emanato previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri d'intesa con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale ».

3. Dopo il secondo comma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono inseriti i seguenti:

« Fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, l'esercizio della funzione di cui al secondo

comma può essere delegato di volta in volta dal Consiglio dei ministri al Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), per la determinazione dei criteri operativi nelle materie di sua competenza, oppure al Presidente del Consiglio dei ministri d'intesa con il Ministro della sanità quando si tratti di affari particolari.

Il Ministro della sanità esercita le competenze attribuitegli dalla presente legge ed indirizza alle regioni le direttive concernenti la programmazione nazionale, i programmi annuali di spesa nonché le attività delegate alle regioni ».

4. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi del secondo comma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come sostituito dal comma 2 del presente articolo, d'intesa anche con il Ministro del tesoro, sono stabiliti gli obiettivi ed i parametri per conseguire livelli ottimali delle prestazioni e della spesa sanitaria, di cui le regioni devono tener conto.

ART. 2.

(Agenzia amministrativa regionale).

1. Fatte salve le competenze normative spettanti al consiglio regionale nonché le attribuzioni della giunta regionale e del suo presidente, le regioni determinano, attraverso gli organi statutariamente competenti, l'elaborazione tecnica degli indirizzi di natura politica, al fine dell'esercizio delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera. Individuano, inoltre, apposita struttura amministrativa regionale, dotata di proprio bilancio autonomo, con la configurazione giuridica di agenzia, alla quale attribuiscono funzione di erogazione dei finanziamenti di competenza delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali operanti nella regione, funzioni in materia di igiene e prevenzione, nonché di impulso, di vigilanza, di controllo e di verifica dei risultati secondo le modalità che sono fissate dalla legge regionale.

2. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, con propria legge, le regioni provvedono a disciplinare:

a) le modalità di nomina, la composizione e la durata in carica del consiglio di amministrazione della agenzia amministrativa di cui al comma 1, la cui presidenza può essere attribuita all'assessore regionale alla sanità, e nel quale può essere assicurata la partecipazione di rappresentanti dei comuni della regione;

b) la gestione amministrativa, in conformità con i princìpi previsti dalla legislazione vigente;

c) le modalità ed i parametri di ripartizione dei fondi destinati al finanziamento delle unità sanitarie locali nonché degli enti ospedalieri regionali in corrispondenza con i criteri di ripartizione e di programmazione nazionale;

d) la presentazione in allegato ai bilanci di previsione e al conto consuntivo della regione di appartenenza delle previsioni di entrata e di spesa nonché dei conti consuntivi della agenzia amministrativa regionale;

e) l'esercizio delle funzioni di impulso, di vigilanza, di direzione e di verifica dei risultati da parte della agenzia regionale nei confronti delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali, con particolare riguardo all'adempimento delle indicazioni contenute nel piano sanitario regionale;

f) l'assistenza della agenzia regionale nei confronti degli enti e degli organismi del Servizio sanitario regionale;

g) l'espletamento delle procedure amministrative inerenti alle attività di cui al quinto comma dell'articolo 27 della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

3. L'agenzia amministrativa regionale provvede a:

a) ripartire la quota del fondo sanitario di spettanza della regione tenuto conto degli elementi di cui al comma 1 dell'articolo 4;

b) redigere un bilancio consolidato degli enti e organismi del Servizio sanitario regionale;

c) acquisire ed elaborare dati e studi tecnici per la formulazione del piano sanitario regionale;

d) elaborare proposte per la predisposizione del piano sanitario nazionale;

e) svolgere le attività di igiene e prevenzione avvalendosi degli uffici provinciali di cui all'articolo 14.

ART. 3.

(Istituzione del Fondo sanitario interregionale).

1. È istituito il Fondo sanitario interregionale con sede presso il Ministero della sanità.

2. Il Fondo sanitario interregionale è amministrato da un consiglio d'amministrazione costituito con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità e formato da cinque rappresentanti delle regioni e delle province autonome designati dalla conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome secondo il principio della rotazione negli incarichi e da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri della sanità, del tesoro e del bilancio e della programmazione economica. Il consiglio di amministrazione dura in carica tre anni ed elegge il proprio presidente tra i rappresentanti delle regioni.

3. Il Fondo sanitario interregionale è alimentato:

a) da un importo pari al gettito complessivo dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale comunque dovuti, determinato al lordo delle quote eventualmente fiscalizzate, che affluisce al bilancio dello Stato;

b) da un importo integrativo comunque non superiore alla differenza tra lo stanziamento iscritto nel bilancio dello Stato a titolo di Fondo sanitario nazionale per l'anno 1992 e il gettito di cui alla lettera *a)* per l'anno medesimo. Detto im-

porto può essere adeguato sulla base del tasso annuo programmato di inflazione;

c) da ogni altra somma ad esso destinata.

4. Gli importi di cui alle lettere *a)* e *b)* del comma 3 sono iscritti in uno specifico capitolo di parte corrente dello stato di previsione del Ministero del tesoro per essere versati ad un apposito conto corrente infruttifero istituito presso la Tesoreria centrale dello Stato, denominato « Ministero della sanità – Fondo sanitario interregionale ».

5. Ad eventuali maggiori fabbisogni del Fondo sanitario interregionale si fa fronte sia con il ridimensionamento delle prestazioni sanitarie, sia mediante adeguamento delle aliquote relative ai contributi di cui alla lettera *a)* del comma 3. A detto adeguamento si provvede con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale, sulla base dei dati rilevati dal Servizio centrale della programmazione sanitaria.

6. Contestualmente alla apertura del conto corrente di cui al comma 4, è soppresso il Fondo sanitario nazionale istituito con l'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come da ultimo modificato dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, le cui eventuali disponibilità residue, in conto competenza ed in conto residui, sono versate al predetto conto corrente di Tesoreria.

7. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

8. Nulla è innovato per quanto attiene alla iscrizione in bilancio ed alla conseguente erogazione delle spese in conto capitale relative al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

ART. 4.

(Ripartizione del Fondo sanitario interregionale).

1. A decorrere dall'anno 1994, il consiglio di amministrazione del Fondo sanitario interregionale, con deliberazione da

adottare entro il mese di novembre dell'anno precedente, ripartisce tra le regioni, le province autonome e gli altri soggetti autonomi interessati l'ammontare del Fondo quale risulta determinato in applicazione del comma 3 dell'articolo 3, sulla base dei livelli di assistenza sanitaria e degli *standard* organizzativi e di attività di cui al comma 1 dell'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

2. La deliberazione di cui al comma 1 è resa esecutiva con decreto del Ministro della sanità, che provvede alla relativa attuazione, disponendo in particolare l'accreditamento delle quote sui conti aperti presso la Tesoreria centrale dello Stato in favore dei soggetti interessati.

3. Le maggiori spese di gestione derivanti da prestazioni e servizi eccedenti quelli uniformemente garantiti sul territorio nazionale a norma degli articoli 3 e 4 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono finanziate dalle regioni e dalle province autonome con utilizzo di proprie risorse, secondo quanto previsto dall'articolo 25, terzo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

4. Le regioni che conseguono eventuali disavanzi nella gestione dei servizi previsti a norma degli articoli 3 e 4 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, provvedono alla relativa copertura con proprie risorse. A richiesta delle regioni interessate, e su parere conforme del Consiglio sanitario nazionale, detti disavanzi, ove dovuti ad evenienze straordinarie non evitabili, possono essere finanziati a carico del Fondo sanitario interregionale, al cui eventuale riequilibrio si provvede ai sensi del comma 5 dell'articolo 3.

5. La ripartizione tra le unità sanitarie locali e gli altri soggetti interessati della quota del Fondo sanitario interregionale assegnata a ciascuna regione o provincia autonoma è effettuata sulla base dei criteri di cui al comma 1.

6. Le somme assegnate a ciascuno dei soggetti di cui al comma 6 sono trasferite agli stessi a cura della competente regione o provincia autonoma, all'inizio di ciascun trimestre, con accreditamento sulle contabilità speciali rispettivamente intrattenute o da istituire, ai sensi dell'articolo 35 della legge 30 marzo 1981, n. 119, presso la se-

zione di tesoreria provinciale dello Stato territorialmente competente.

7. Gli eventuali avanzi annuali possono essere destinati dalle unità sanitarie locali e dagli altri soggetti interessati che li hanno realizzati al finanziamento della ricerca scientifica e tecnologica e all'acquisto di attrezzature.

CAPO II

ORGANIZZAZIONE DELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI

ART. 5.

(Natura giuridica e dimensioni delle unità sanitarie locali).

1. Il primo e il secondo comma dell'articolo 14 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono sostituiti dai seguenti:

« L'unità sanitaria locale è ente dotato 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.

In un ambito territoriale determinato, l'unità sanitaria locale esercita le funzioni e provvede ai servizi in materia sanitaria che non siano espressamente riservati dalla legge ad altri enti od organismi pubblici. Nello stesso ambito territoriale provvede, inoltre, agli interventi di carattere sociale direttamente connessi a quelli sanitari nei confronti degli anziani non autosufficienti, degli handicappati, dei tossicodipendenti, dei disabili psichici nonché agli interventi riguardanti l'area materno-infantile, con forma di finanziamento diversa dal Fondo sanitario interregionale e separata contabilità ».

2. Dopo il secondo comma dell'articolo 14 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono inseriti i seguenti:

« L'ambito territoriale dell'attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimi-

tato in base a gruppi di popolazione compresi tra i 200.000 e i 400.000 abitanti e determinati tenendo conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona. Nelle province con popolazione inferiore ai 200.000 abitanti, la unità sanitaria locale coincide con l'ambito provinciale.

Nei comuni con popolazione superiore ai 500.000 abitanti l'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è determinato dal comune, anche in deroga ai limiti indicati nel comma precedente, previo parere del Consiglio sanitario nazionale.

Nelle aree a popolazione particolarmente sparsa è consentita la delimitazione di ambiti territoriali con popolazione inferiore a 200.000 abitanti, previo parere del Consiglio sanitario nazionale ».

3. Con legge regionale, da emanare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'ambito territoriale delle unità sanitarie locali è rideterminato con l'osservanza dei criteri indicati nell'articolo 14 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dal presente articolo. La delimitazione deve essere realizzata, di norma, con accorpamento di unità sanitarie locali già esistenti. Per le unità sanitarie locali coincidenti con le comunità montane può mantenersi la delimitazione esistente alla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 6.

(Organi dell'unità sanitaria locale).

1. Sono organi dell'unità sanitaria locale:

a) il consiglio di amministrazione;

b) il presidente;

c) il direttore generale;

d) il collegio dei revisori.

ART. 7.

(Consiglio di amministrazione delle unità sanitarie locali).

1. I componenti del consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale sono nominati con deliberazione del consiglio comunale o delle assemblee delle associazioni dei comuni o delle comunità montane competenti in relazione agli ambiti territoriali delimitati a norma dell'articolo 5.

2. Con legge regionale, da emanare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, si provvede a disciplinare:

a) la composizione del consiglio di amministrazione da un minimo di cinque e fino ad un massimo di undici membri in relazione agli ambiti territoriali di cui al comma 1;

b) i criteri di nomina dei componenti il consiglio di amministrazione. Tali criteri devono essere ispirati alla finalità di individuare nei soggetti prescelti specifiche capacità amministrative e tecniche e di assicurare la condizione di piena autonomia nell'assolvimento dell'incarico, tenuto conto delle attività svolte dagli interessati nell'ambito di pubbliche amministrazioni o di enti pubblici o privati ovvero nell'esercizio di professioni autonome;

c) la durata dell'incarico e i limiti entro i quali lo stesso può essere confermato;

d) la determinazione dell'indennità di carica per il presidente e per i membri del consiglio di amministrazione delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali entro il limite non superiore all'80 per cento delle indennità di carica rispettivamente previste per il sindaco e per gli assessori comunali di comuni con popolazione equivalente, secondo le modalità stabilite dagli articoli 3 e 5 della legge 27 dicembre 1985, n. 816.

3. Nei consigli di amministrazione deve essere assicurata la rappresentanza anche della minoranza dell'organo elettivo.

4. La legge regionale detta norme per l'organizzazione, la gestione ed il funzionamento delle unità sanitarie locali e dei loro servizi e, in particolare, determina:

a) le attribuzioni del consiglio di amministrazione, tra cui quella di sovraintendere, per gli aspetti generali, e nel rispetto dei piani sanitari regionali, al funzionamento dei servizi della unità sanitaria locale, di approvare i bilanci preventivi, i conti consuntivi, i regolamenti, i programmi di attività e i provvedimenti organizzativi generali nonché le convenzioni;

b) le competenze del consiglio di amministrazione in ordine alla nomina dei dirigenti dei servizi e alla revoca della nomina;

c) la determinazione delle dotazioni organiche e l'organizzazione degli uffici della unità sanitaria locale e dei diversi presìdi e servizi, anche con riferimento all'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, prevedendo altresì l'istituzione di un ufficio per il personale e per i rapporti sindacali;

d) i poteri del presidente, eletto a maggioranza assoluta tra i membri del consiglio, al quale spetta comunque la rappresentanza legale della unità sanitaria locale.

ART. 8.

(Direttore generale).

1. La nomina del direttore generale dell'unità sanitaria locale è disposta dal consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale a maggioranza assoluta dei suoi componenti, in base a precisi e motivati requisiti di professionalità e managerialità risultanti da un documentato *curriculum*, previa selezione da effettuarsi con le modalità di cui al comma 3. Il rapporto di lavoro è disciplinato con contratto

quinquennale di diritto privato, rinnovabile, dei dirigenti di azienda con iscrizione ai fini previdenziali all'Istituto nazionale di previdenza per i dirigenti di aziende industriali. Il trattamento economico è parametrato nel minimo a quello del dirigente generale dello Stato di livello C e nel massimo a quello di cui all'articolo 12 della legge 24 aprile 1980, n. 146, come modificato dall'articolo 16 dalla legge 16 marzo 1987, n. 123, con possibilità di un incremento del 20 per cento per le unità sanitarie locali di particolare rilevanza, con riguardo alla entità del bilancio, secondo criteri da stabilire con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Con il medesimo decreto è anche stabilito lo schema tipo di tale contratto e sono previste le cause di risoluzione del rapporto anche per i casi di comprovata responsabilità in relazione al mancato conseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 1 ed ai risultati del controllo di gestione di cui all'articolo 15.

2. Il direttore generale:

a) è responsabile dell'attività gestionale dei presìdi, dei servizi e degli uffici dell'unità sanitaria locale;

b) ha poteri di amministrazione, fatti salvi quelli riservati al consiglio di amministrazione, e formula proposte al consiglio di amministrazione in ordine al conferimento e alla revoca delle funzioni di direzione di presìdi, servizi e uffici nonché per il trasferimento da un incarico ad altro del personale di livello direttivo e dirigenziale dell'unità sanitaria locale;

c) provvede agli acquisti in conformità alle direttive del consiglio di amministrazione ed alle spese necessarie per il funzionamento dell'unità sanitaria locale;

d) provvede all'organizzazione del lavoro e adotta gli atti relativi all'amministrazione del personale, salvo quelli espressamente riservati ad altri organi;

e) partecipa, con voto consultivo, alle sedute del consiglio di amministrazione e

cura l'esecuzione delle relative deliberazioni;

f) coordina l'attività istruttoria dei progetti di delibera da sottoporre all'approvazione del consiglio di amministrazione, compresi quelli inerenti il bilancio preventivo e consuntivo;

g) verifica il conseguimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi nelle prestazioni dei servizi, secondo i criteri di efficienza e di economicità della gestione;

h) può delegare l'adozione di singoli atti o categorie di atti a componenti dell'ufficio di direzione o a dirigenti dei presidi ospedalieri.

3. Con legge regionale sono stabilite:

a) le modalità di svolgimento della selezione per il conferimento dell'incarico di direttore generale. Alla selezione possono partecipare, previo avviso pubblico, candidati in possesso di diploma di laurea, che abbiano svolto per almeno cinque anni qualificata attività professionale o di direzione nelle amministrazioni dello Stato o in enti pubblici o privati, in particolare nel settore della sanità;

b) le forme di pubblicità dei bandi e i criteri per la selezione degli idonei;

c) la composizione delle commissioni per la valutazione dei titoli dei partecipanti alla selezione di cui alla lettera *a)*; della commissione devono, in ogni caso, far parte un magistrato della giustizia amministrativa, con funzione di presidente, e un dirigente del Ministero della sanità.

4. Per tutta la durata dell'incarico, i direttori generali delle unità sanitarie locali che siano dipendenti dell'amministrazione dello Stato o di enti pubblici ovvero del Servizio sanitario nazionale sono collocati in aspettativa senza assegni; qualora essi siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa con diritto al mantenimento del posto e con trattamento previdenziale a carico della unità sanitaria locale che beneficia della prestazione.

ART. 9.

(Collegio dei revisori).

1. La legge regionale di cui al comma 2 dell'articolo 2 disciplina le modalità di nomina e le attribuzioni del collegio dei revisori, composto da cinque membri scelti tra il personale in attività di servizio della carriera dirigenziale e delle qualifiche funzionali provenienti dalla ex carriera direttiva, di cui due designati dal Ministro del tesoro tra gli appartenenti ai ruoli della Ragioneria generale dello Stato, di cui uno con funzioni di presidente, uno dal Ministro della sanità, uno dal Ministro dell'interno e uno dalla regione.

2. Il collegio dei revisori, oltre a svolgere i compiti previsti dall'articolo 2403 del codice civile, può assistere alle sedute del consiglio di amministrazione, compila le relazioni sui progetti di bilancio di previsione, sul conto consuntivo finanziario e sul rendiconto economico patrimoniale e redige trimestralmente una relazione sulla gestione amministrativo-contabile delle unità sanitarie locali da trasmettere alla regione, alla agenzia amministrativa regionale di cui all'articolo 2, ai Ministeri della sanità e del tesoro. Segnala le eventuali irregolarità gestionali al consiglio di amministrazione della unità sanitaria locale, al presidente della giunta regionale ed ai Ministeri del tesoro e della sanità.

3. Per la durata dell'incarico e per i compensi dei componenti il collegio dei revisori si applicano le disposizioni ed i criteri di cui alle lettere *c)* e *d)* del comma 2 dell'articolo 7.

ART. 10.

(Distretti sanitari di base).

1. Nell'ambito delle unità sanitarie locali, esclusi i territori dei comuni con popolazione superiore ai centomila abitanti, la gestione coordinata ed integrata dei servizi delle stesse unità sanitarie locali con

i servizi sociali esistenti nel territorio, è svolta dal distretto sanitario di base il quale assicura, secondo criteri di continuità terapeutica, l'unitarietà e il coordinamento degli interventi sanitari.

2. Con legge regionale sono disciplinati:

a) le procedure per la nomina del coordinatore del distretto, da conferire con incarico nell'ambito delle piante organiche vigenti;

b) i rapporti convenzionali in atto.

3. Il distretto realizza funzionalmente il collegamento tra i medici di medicina generale, i medici specialistici pediatri di libera scelta, la guardia medica, le attività specialistiche, consultoriali e sociali, comprese quelle scolastiche e sportive, anche in stretto rapporto con i poliambulatori ed i presìdi di ricovero quali ospedali, centri per anziani, centri di riabilitazione, le associazioni di volontariato con finalità sanitarie nonché le comunità terapeutiche.

4. Il distretto redige ed invia semestralmente alla unità sanitaria locale un rapporto epidemiologico sulla base dei dati raccolti nello svolgimento delle funzioni di cui al presente articolo. Tale rapporto è esaminato collegialmente dagli operatori del distretto che ne traggono indicazioni allo scopo di adottare ogni idonea iniziativa di educazione sanitaria, prevenzione, filtro dei ricoveri, dimissione protetta e riabilitazione, qualificando l'assistenza extra-ospedaliera per riequilibrare le esigenze di ricovero ospedaliero della popolazione residente. La sede del distretto è presidiata ad orari prestabiliti per consentire all'utente di avere ogni informazione, assistenza e consiglio in ordine ai servizi indicati al comma 3.

5. Nelle città con popolazione superiore a centomila abitanti le unità sanitarie locali possono sperimentare modalità diverse da quelle indicate nel presente articolo per realizzare il coordinamento degli interventi sanitari, utilizzando anche le ripartizioni amministrative intracomunali come ambito di riferimento, previa comunicazione in merito alla regione e al

Ministero della sanità. In ogni caso, sono tenute ad assicurare idonee modalità di coordinamento per le seguenti funzioni a favore dei cittadini: guardia medica, assistenza infermieristica, medicina scolastica, medicina sportiva, vaccinazioni, certificazioni, medicina pubblica, comunità terapeutiche, attività di volontariato.

CAPO III

ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA

ART. 11

(Costituzione degli ospedali in enti ospedalieri regionali).

1. Con la legge regionale di cui al comma 2 dell'articolo 2, gli ospedali già classificati regionali ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e successive modificazioni, nonché gli ospedali clinicizzati e quelli ad alta specializzazione sono costituiti in enti ospedalieri regionali con personalità giuridica di diritto pubblico e con struttura amministrativa ed organizzativa analoga a quella prevista per le unità sanitarie locali a norma degli articoli 5, 6, 7, 8 e 9. Con legge regionale possono essere costituiti in enti autonomi anche gli ospedali con oltre 500 posti letto la cui attività sia da ritenere rilevante per il numero e la qualità dei ricoveri e per la prevalente provenienza degli assistiti da altre unità sanitarie locali.

2. I requisiti per l'alta specializzazione sono stabiliti con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità. In caso di diniego del riconoscimento da parte degli organi regionali competenti del carattere di alta specializzazione, la decisione spetta al Ministro della sanità, che vi provvede con proprio decreto.

3. I componenti del consiglio di amministrazione degli enti ospedalieri regionali sono scelti da elenchi di esperti in materie giuridiche, amministrative, tecniche e sanitarie. La legge regionale può stabilire

che la nomina dei componenti è disposta dalla giunta regionale o è effettuata dal consiglio regionale mediante elezione con voto limitato. Gli elenchi sono resi noti, entro il 31 gennaio di ogni anno, a cura delle giunte regionali, e sono resi pubblici a mezzo degli organi di stampa locale e di affissione agli albi comunali. Qualora l'ente ospedaliero sia costituito da un ospedale clinicizzato, del consiglio di amministrazione sono chiamati a far parte uno o più rappresentanti della università.

4. Presso ciascun ente ospedaliero regionale, anche se articolato in più sedi, è istituita dal consiglio di amministrazione una commissione consultiva composta da un numero di medici variabile da nove a quindici, dei quali almeno tre di livello apicale, eletta dal personale medico appartenente a ciascun presidio sulla base di liste concorrenti con il sistema proporzionale. Qualora l'ente ospedaliero sia costituito da un ospedale clinicizzato, della commissione consultiva è chiamata a far parte una rappresentanza del personale medico universitario.

5. La agenzia amministrativa regionale di cui all'articolo 2, nel provvedere alla ripartizione del fondo sanitario regionale agli enti ospedalieri regionali, applica i parametri *standard* di finanziamento di cui al comma 1 dell'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Nel caso di ospedali autonomi che presentano costi effettivi iniziali superiori ai parametri *standard* di finanziamento la agenzia amministrativa regionale può tenerne conto per assegnare risorse aggiuntive in misura decrescente, fissando, contemporaneamente, il termine a partire dal quale il finanziamento è assicurato solo in base ai parametri *standard*.

ART. 12.

(Presìdi ospedalieri).

1. Con legge regionale si provvede alla disciplina dei presìdi ospedalieri integrati nelle unità sanitarie locali, i quali hanno contabilità separata che confluisce nel bi-

lancio dell'unità sanitaria locale. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale delega ad un dipendente laureato del ruolo amministrativo la responsabilità della gestione di ciascun presidio ospedaliero, quando il numero dei posti letto del presidio sia superiore a 200.

2. Presso ciascun presidio ospedaliero, con le modalità previste del comma 4 dell'articolo 11, è istituita dal consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale una commissione consultiva composta da un numero di medici variabile da tre a nove, di cui almeno uno di livello apicale.

ART. 13.

(Dipartimenti).

1. Con propria legge le regioni disciplinano la istituzione dei dipartimenti secondo i seguenti criteri:

a) gli enti ospedalieri regionali di cui all'articolo 11, qualora siano in possesso dei requisiti minimi di strutturazione, dotazione strumentale e qualificazione del personale stabiliti per tutto il territorio nazionale con atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 1 della presente legge, possono organizzarsi in strutture a tipo dipartimentale. A tale fine, individuati gli specifici programmi di attività, secondo gli obiettivi prescelti e deliberati dal consiglio di amministrazione, l'ente ospedaliero è organizzato prevedendo il raggruppamento di sezioni di ricovero, settori di ospedalizzazione diurna e domiciliare, centri diagnostici ed ambulatori di branche affini per il trattamento globale del malato attraverso l'integrazione delle competenze, il coordinamento delle attività dei vari specialisti ed il collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri in rapporto alle specifiche esigenze di patologie in ambiti territoriali determinati;

b) il consiglio di amministrazione nomina il capo dipartimento, scegliendolo

tra i responsabili dei servizi ospedalieri che formano il dipartimento stesso. Il capo dipartimento è coadiuvato da un dirigente amministrativo;

c) i fondi di finanziamento pubblico o privato che affluiscono al dipartimento sono amministrati dal dirigente amministrativo di cui alla lettera *b)*, che ne rende conto al responsabile del servizio economico-finanziario dell'ospedale regionale;

d) la pianta organica funzionale del dipartimento è stabilita dal consiglio di amministrazione, su proposta del direttore generale, sentito il capo dipartimento. La gestione del personale per l'attività nel dipartimento spetta al capo dipartimento relativamente all'utilizzazione, alla valutazione e alla disciplina.

CAPO IV

ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI IGIENE PUBBLICA E DI SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

ART. 14.

(Uffici provinciali di igiene e prevenzione).

1. Nel termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni istituiscono in ciascuna provincia, quali articolazioni periferiche della agenzia amministrativa di cui all'articolo 2, gli uffici provinciali di igiene e prevenzione, aventi il compito di esercitare le funzioni di controllo, tutela, prevenzione e coordinamento di cui all'articolo 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. La legge regionale prevede la strutturazione dell'ufficio di cui al comma 1, articolandolo almeno nella sezione provinciale di igiene e sanità pubblica e nella sezione provinciale di sanità pubblica veterinaria, definendo le modalità di nomina del dirigente coordinatore dell'ufficio da scegliersi tra i dirigenti responsabili delle sezioni.

3. I laboratori e le attrezzature tecniche degli uffici provinciali di igiene e

prevenzione svolgono attività di analisi e di accertamento sulla base di autonomi programmi di controllo o a richiesta delle unità sanitarie locali ed a supporto delle loro attività istituzionali.

4. Le dotazioni organiche degli uffici provinciali di igiene e prevenzione sono stabilite dalla regione, nell'ambito dei criteri stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 1 della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

CAPO V

CONTROLLI

ART. 15.

(Regole della gestione e relativi controlli).

1. A decorrere dall'esercizio finanziario 1994 è introdotto nel Servizio sanitario nazionale il sistema dei controlli di gestione, fondato su indicatori di risultato desunti dai dati del sistema informativo sanitario.

2. Con atto di indirizzo e coordinamento, da emanare ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 1 della presente legge, entro il 31 ottobre 1993, sono definiti i criteri di attuazione del sistema dei controlli di gestione ed i relativi flussi informativi e sono fissati i compiti e le responsabilità degli organi di amministrazione delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali in materia.

3. Il Ministro della sanità riferisce sullo svolgimento e sui risultati dei controlli di gestione in sede di presentazione al Parlamento della relazione annualesullo stato sanitario del paese di cui al terzo comma dell'articolo 8 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

4. Le unità sanitarie locali e gli enti ospedalieri regionali trasmettono i propri conti consuntivi alla Corte dei conti entro

trenta giorni dall'avvenuto esame degli stessi da parte degli organi di controllo. Essi devono trasmettere, altresì, alla Corte dei conti, entro trenta giorni, le relazioni dei revisori e ogni altro documento ed informazione che questa richieda.

5. Entro il 31 luglio di ciascun anno la Corte dei conti, in apposita sezione, comunica ai Presidenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica l'elenco dei conti consuntivi pervenuti, il piano delle rilevazioni che si propone di compiere ed i criteri ai quali intende attenersi nell'esame dei conti medesimi.

6. La Corte dei conti può chiedere dati ed elementi di informazione ai competenti Ministeri e a qualsiasi ente che svolga funzioni di gestione e di controllo in materie sanitarie.

7. La Corte dei conti invia al Parlamento, entro il 31 luglio di ogni anno, una relazione contenente i risultati dell'esame compiuto sulla gestione finanziaria e sul buon andamento dell'azione amministrativa degli enti del Servizio sanitario nazionale.

ART. 16.

(Controllo sostitutivo).

1. In caso di inottemperanza delle unità sanitarie locali ad obblighi imposti da atti normativi statali o regionali o da disposizioni regionali derivanti da atti di indirizzo e coordinamento emanati ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 1 della presente legge, le regioni, previa diffida ad adempiere entro un congruo termine, adottano i provvedimenti omessi o comunque necessari, anche mediante l'invio di appositi commissari. Lo stesso potere è esercitato, con le medesime modalità, dal Ministro della sanità, sentito il Ministro per gli affari regionali, su proposta motivata del commissario del Governo, in caso di inadempienza degli enti ospedalieri regionali di cui all'articolo 11.

2. In caso di persistente inattività degli organi regionali nell'esercizio delle fun-

zioni in materia sanitaria, continuano ad applicarsi le disposizioni di cui al quarto comma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché quelle di cui al comma 2 dell'articolo 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

ART. 17.

(Controllo sugli organi).

1. Ai fini del controllo sugli organi delle unità sanitarie locali si osservano le disposizioni di legge vigenti in materia per le amministrazioni comunali e provinciali.

2. Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per gli affari regionali, si provvede allo scioglimento dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri regionali quando gli stessi non siano in grado, per qualsiasi ragione, di funzionare, ovvero ricorrano gravi motivi. Con le stesse modalità si provvede alla rimozione degli altri organi degli enti regionali ospedalieri nei casi previsti dalle disposizioni di legge vigenti per la rimozione del sindaco.

3. Nei casi indicati nel comma 2 è nominato un commissario per la gestione dell'ente. Il commissario resta in carica fino al rinnovo della nomina del presidente del consiglio di amministrazione e del direttore generale.

ART. 18.

(Poteri ispettivi).

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

2. Il Ministro della sanità esercita l'alta vigilanza in materia di assetto funzionale e organizzativo delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali e sulla rispondenza delle unità sanitarie locali e degli enti ai bisogni assistenziali della popolazione. A tal fine può disporre

verifiche ed ispezioni anche periodiche, avvalendosi del servizio ispettivo del Ministero e del funzionario medico di cui all'articolo 20.

3. Qualora, a seguito degli accertamenti compiuti, il Ministro della sanità verifichi la necessità di interventi correttivi, ne informa le regioni nel cui ambito operano le unità sanitarie locali e gli enti ospedalieri.

4. Nel caso che dagli accertamenti emergano disfunzioni o carenze di servizi o presìdi, di gravità tale da riuscire di pregiudizio alla salute pubblica, il Ministro della sanità promuove l'adozione dei provvedimenti di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 17.

5. Qualora, per esigenze connesse alla programmazione sanitaria, all'esercizio dei poteri di indirizzo e coordinamento, nonché alla verifica dei risultati conseguiti, si renda necessario un più approfondito esame dei dati risultanti dai rendiconti delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali o degli allegati ai rendiconti stessi, il Ministro della sanità può procedere alla verifica di tutta la documentazione originale, oppure convocare i funzionari responsabili per chiarimenti necessari sulla stessa materia.

6. Restano 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, nonché quelle del nucleo ispettivo di cui all'articolo 9 della legge 17 dicembre 1986, n. 878.

ART. 19.
(Rapporti con il cittadino).

1. La legge regionale detta norme per l'accesso dei cittadini alle prestazioni, con particolare riguardo ai rapporti con i medici di base e con la medicina specialistica ed alle richieste, da parte degli utenti, di atti e di notizie, anche prevedendo, in ogni caso possibile, che gli stessi possano essere direttamente acquisiti dagli operatori sanitari interessati.

2. Apposite quote di finanziamento delle regioni sono destinate agli uffici che svolgono attività di informazione e altre attività a diretto contatto con il pubblico, in ogni sede del servizio, per adeguarne le capacità operative al carico giornaliero di lavoro, mediante l'organizzazione flessibile del lavoro che tenga conto degli orari di maggiore affluenza.

3. Nelle attività di medicina di base e specialistiche ambulatoriali le nuove convenzioni devono prevedere il metodo della prenotazione ad orario per il singolo utente. Per i ricoveri ospedalieri non urgenti, le prenotazioni devono comportare di norma un'attesa non superiore a quindici giorni. Le unità sanitarie locali e gli enti ospedalieri regionali sono tenuti ad adottare adeguate misure di riorganizzazione. Deve essere stabilito il doppio turno ospedaliero nelle sale operatorie, con adeguamento degli organici quando il limite di attesa indicato sia superato.

4. Le unità sanitarie locali e gli enti ospedalieri regionali organizzano corsi di formazione per il personale nei settori delle relazioni umane e del rapporto con il pubblico.

5. Presso gli assessorati alla sanità delle regioni e presso il Ministero della sanità sono istituiti uffici per le segnalazioni e i reclami dei cittadini in merito al funzionamento dei servizi sanitari e al trattamento ricevuto. Oltre ad esaminare i singoli casi, l'ufficio segnalazioni e reclami investe i direttori generali delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali nonché le commissioni professionali di presidio e di branca della verifica e della revisione della qualità tecnico-scientifica dell'assistenza quando sia necessario il riesame di procedure o di comportamenti pregiudizievoli per l'interesse degli utenti.

6. Gli assessorati alla sanità delle regioni e le direzioni generali delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali autorizzano l'accesso ai poliambulatori specialistici e agli ospedali a rappresentanti delle consulte di cui al comma 7, a rappresentanti di associazioni riconosciute per la tutela di cittadini in partico-

lari condizioni di salute, di associazioni di volontariato riconosciute, per lo svolgimento di attività di sostegno ai pazienti, nonché per fornire indicazioni finalizzate al migliore funzionamento dei servizi, alla umanizzazione dei rapporti e alla qualificazione degli *standard* alberghieri, senza interferenze sulle attività tecnico-sanitarie dei presìdi stessi.

7. La legge regionale di cui al comma 1 può provvedere alla istituzione di consulte degli utenti con funzioni consultive in materia di tutela dei diritti del malato ricoverato, di funzionalità delle strutture del Servizio sanitario nazionale e di integrazione con i servizi sociali del territorio.

ART. 20.

(Disposizioni relative al coordinamento tra lo Stato, le regioni e gli enti locali).

1. Il commissario del Governo, in attuazione delle attribuzioni demandategli dall'ordinamento vigente e dalla presente legge, provvede al coordinamento delle funzioni statali con quelle delle regioni in materia sanitaria. A tal fine si avvale di un funzionario medico del Ministero della sanità, all'uopo comandato presso l'ufficio del commissario del governo.

2. Il funzionario medico di cui al comma 1 partecipa alle sedute della commissione prevista dall'articolo 41 della legge 10 febbraio 1953, n. 62, limitatamente all'esame degli atti regionali in materia sanitaria.

3. Ai fini indicati nel comma 1, il commissario del Governo, avvalendosi del funzionario medico:

a) vigila sull'esecuzione delle leggi in materia sanitaria;

b) verifica l'attuazione delle direttive e degli indirizzi emanati in materia sanitaria;

c) svolge indagini conoscitive finalizzate all'esercizio delle funzioni di competenza dello Stato previste dalla legge

23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni;

d) verifica l'attuazione del piano sanitario nazionale ed assicura il coordinamento di tale piano con il piano sanitario regionale;

e) rileva, sulla base delle istruzioni del Ministro della sanità, ogni fatto che può interessare la salute pubblica, assumendo dati ed informazioni presso le unità sanitarie locali e gli enti ospedalieri regionali;

f) promuove interventi contro le epidemie sulla base delle disposizioni del Ministro della sanità e verifica la loro attuazione.

CAPO VI

ORGANIZZAZIONE DEGLI ENTI E ATTIVITÀ DI RILEVANZA NAZIONALE

ART. 21.

(Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico).

1. Dalla data di entrata in vigore della presente legge decadono gli effetti del riconoscimento del carattere scientifico degli istituti di ricovero e cura, effettuato ai sensi dell'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Per il periodo di un anno a partire da tale data, continuano ad applicarsi ai predetti istituti le vigenti disposizioni che ne disciplinano l'attività.

2. Il Ministro della sanità, sentiti il Consiglio superiore di sanità per gli aspetti tecnici attinenti al settore di ricerca ed il Consiglio sanitario nazionale, provvede, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, all'individuazione degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sulla base degli obiettivi finalizzati di ricerca e sperimentazione biomedica, sanitaria, economico-organizzativa ed in particolare di quelli connessi con il piano sanitario na-

zionale. Il riconoscimento del carattere scientifico degli istituti è effettuato con decreto del Ministro della sanità di intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

3. Il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per specificare i compiti istituzionali degli istituti e adeguarne l'ordinamento secondo *i seguenti criteri e princìpi direttivi:*

a) disciplinare le forme di intervento del Ministero della sanità per l'indirizzo ed il coordinamento dei programmi di ricerca, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione sanitaria e agli accordi di cooperazione scientifica in campo internazionale, garantendo comunque la snellezza dei procedimenti in relazione all'autonomia ed alle peculiari funzioni svolte dagli istituti, fermo restando il disposto dell'articolo 21 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 617;

b) definire la composizione degli organi di amministrazione degli istituti con personalità giuridica di diritto pubblico, assicurando la presenza di rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e del lavoro e della previdenza sociale;

c) prevedere la istituzione del collegio dei revisori costituito da tre componenti in attività di servizio di cui uno in rappresentanza del Ministero del tesoro, del ruolo della Ragioneria generale dello Stato,con funzione di presidente, uno del Ministero della sanità ed uno in rappresentanza della regione;

d) fissare le attribuzioni del consiglio di amministrazione, del direttore generale e del collegio dei revisori in armonia con i princìpi di cui agli articoli 7, 8 e 9;

e) disciplinare la possibilità di stipula di contratti a tempo determinato nel settore della ricerca, anche con riferimento alle posizioni dirigenziali;

f) fissare le procedure per il finanziamento dei programmi di ricerca, mediante trasferimento degli appositi stanziamenti iscritti nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità;

g) disciplinare le procedure per l'acquisizione di finanziamenti non a carico del bilancio dello Stato.

4. I rapporti fra le regioni e gli istituti relativamente alle funzioni di assistenza sanitaria sono regolati da apposite convenzioni i cui schemi tipo sono approvati entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. Le convenzioni devono, fra l'altro, prevedere:

a) che gli istituti, fermo restando il loro autonomo ordinamento, rientrino per l'attività assistenziale nei piani sanitari regionali;

b) che le strutture, i mezzi e gli organici del personale destinati all'assistenza sanitaria siano correlati alle esigenze di ricerca e che il relativo incremento per esigenze assistenziali e di ricerca sia concordato e realizzato di intesa fra gli istituti e la regione quando comporti nuovi o maggiori oneri;

c) che in caso di mancato accordo in ordine alla stipula della convenzione e alla sua osservanza, ovvero quando si manifestino contrasti od ostacoli non superabili dalle parti, ogni decisione sia demandata al Ministro della sanità, che provvede sentito il Consiglio sanitario nazionale;

d) che i rapporti fra le regioni e gli istituti privati siano regolati secondo quanto previsto dagli articoli 41, 43 e 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

5. Per effetto del riconoscimento di cui al comma 2, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono sottoposti alla vigilanza e al controllo tecnico-sanitario del Ministero della sanità. Il controllo sugli atti degli istituti di diritto pubblico è

esercitato dal Ministero della sanità con le modalità di cui all'articolo 16 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 617.

6. A decorrere dall'esercizio finanziario successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, le somme destinate al finanziamento della ricerca scientifica degli istituti sono iscritte in apposito capitolo dello stato di previsione del Ministero della sanità.

7. Le disposizioni del presente articolo disciplinano, in quanto applicabili, gli istituti di diritto privato che, insieme a prestazioni sanitarie di ricovero e cura, svolgono specifiche attività di ricerca scientifica biomedica.

ART. 22.

(Istituti zooprofilattici a carattere scientifico).

1. Gli istituti zooprofilattici sperimentali, dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono qualificati come istituti zooprofilattici a carattere scientifico e sono assimilati agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

2. Per il periodo di un anno dalla data di cui al comma 1, continuano ad applicarsi agli istituti zooprofilattici sperimentali le vigenti disposizioni che ne disciplinano l'attività. Il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per la disciplina degli istituti di cui al comma 1 sulla base dei princìpi e criteri direttivi indicati dall'articolo 21 per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

ART. 23.

(Riorganizzazione dell'Istituto superiore di sanità).

1. È istituito presso l'Istituto superiore di sanità un dipartimento per la formazione e l'aggiornamento permanente dei

quadri e degli operatori tecnici del Servizio sanitario nazionale.

2. Il dipartimento ha i seguenti compiti:

a) promuovere e realizzare il coordinamento delle iniziative regionali in materia di formazione degli operatori del Servizio sanitario nazionale nel quadro dei finanziamenti a destinazione vincolata del Fondo sanitario interregionale;

b) stimolare iniziative regionali e locali nelle situazioni di carenza qualitativa e quantitativa di figure professionali necessarie per le esigenze ordinarie e di sviluppo del servizio sanitario;

c) curare, anche con iniziative dirette, l'aggiornamento professionale degli addetti regionali e locali ai servizi di formazione e dei quadri tecnici di particolare rilievo per lo sviluppo del servizio sanitario;

d) predisporre materiale e sussidi didattici, ausili audiovisivi e metodologie formative da mettere a disposizione delle regioni, delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali per le attività di aggiornamento professionale degli operatori in servizio e di formazione dei nuovi operatori da utilizzare nel sistema sanitario.

3. L'Istituto superiore di sanità organizza i propri laboratori e servizi in dipartimenti, funzionali alla natura interdisciplinare delle attività da svolgere.

4. Il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, un decreto legislativo per la riorganizzazione dell'Istituto superiore di sanità in relazione alle disposizioni di cui ai commi 1, 2 e 3, nel rispetto dei seguenti princìpi e criteri direttivi:

a) devono essere individuate, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, le professionalità tecniche e amministrative ne-

cessarie per le attività del dipartimento di cui al comma 1, da contenere entro il limite massimo di 50 unità;

b) la copertura delle unità di cui alla lettera *a)* è realizzata con il personale dell'Istituto o con trasferimento di personale dal Ministero della sanità, fatti salvi i diritti acquisiti dagli interessati;

c) può essere prevista l'istituzione di nuovi ruoli di natura tecnica per professionalità non previste nell'organico dell'Istituto superiore di sanità e ritenute necessarie all'attività del dipartimento di cui al comma 1;

d) per le esigenze dei compiti diretti del dipartimento in materia di formazione e di predisposizione di materiale, sussidi e metodologie didattiche, può prevedersi che l'Istituto superiore di sanità stipuli accordi con organizzazioni internazionali, università, Consiglio nazionale delle ricerche e istituzioni specializzate per l'acquisizione di contributi utili alle attività di istituto;

e) la riorganizzazione deve favorire l'integrazione interdisciplinare delle competenze e la utilizzazione in comune delle risorse umane e strumentali dei singoli laboratori e servizi costituenti il dipartimento;

f) devono essere previste le modalità di attribuzione delle funzioni dirigenziali del dipartimento da affidare a un dirigente scelto tra i direttori dei laboratori;

g) in rapporto alla nuova organizzazione dipartimentale devono essere rideterminati il numero e le funzioni degli organi collegiali di direzione e di consulenza di cui al capo I del titolo III della legge 7 agosto 1973, n. 519, e degli organi direttivi individuali di cui al capo II del titolo III della medesima legge;

h) devono essere adeguate le procedure di esecuzione dei controlli statali rispetto alle esigenze funzionali della riorganizzazione dipartimentale dell'Istituto superiore di sanità e alla evoluzione tecnico-scientifica che ne è alla base.

ART. 24.

(Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro).

1. L'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro è organo tecnico-scientifico alle dipendenze del Ministro della sanità ed è dotato di autonomia amministrativa, funzionale e tecnico-scientifica.

2. L'Istituto esercita le competenze attribuite dal decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 619, e dall'articolo 2 del decreto-legge 30 giugno 1982, n. 390, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 agosto 1982, n. 597. Esso ha, altresì, il compito di promuovere e realizzare il coordinamento delle iniziative regionali in materia di formazione degli operatori del Servizio sanitario nazionale nel quadro dei finanziamenti a destinazione vincolata del Fondo sanitario interregionale.

3. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale e con il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, uno o più decreti legislativi per la disciplina dell'ordinamento e dell'attività dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, individuando, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, le professionalità tecniche e amministrative necessarie per le attività dei dipartimenti centrali e periferici, sulla base e nel rispetto dei seguenti princìpi e criteri direttivi:

a) l'erogazione di borse di studio deve essere finalizzata alla qualificazione di personale tecnico da adibire alle attività di ricerca e di formazione professionale per le attività di omologazione;

b) l'attività di consulenza amministrativa e tecnica, resa anche a privati, deve essere regolamentata con determinazione delle relative modalità, procedure e tariffe;

c) può essere prevista l'istituzione di ruoli di natura tecnica per nuove professionalità, ferma restando la dotazione organica complessiva;

d) per le esigenze dei compiti istituzionali l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro può stipulare accordi con organizzazioni internazionali, università, Consiglio nazionale delle ricerche e istituzioni specializzate per l'acquisizione di contributi utili alle attività di istituto;

e) devono essere adeguate le procedure di esecuzione dei controlli statali rispetto alle esigenze funzionali della riorganizzazione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e alla evoluzione tecnico-scientifica che ne è alla base;

f) in funzione del nuovo assetto che viene ad assumere l'Istituto deve prevedersi che al settore amministrativo sia preposto un dirigente;

g) devono essere previsti gli emolumenti da corrispondere ai componenti degli organi collegiali e di gestione dell'Istituto.

ART. 25.

(Professioni sanitarie infermieristiche, di riabilitazione e tecniche).

1. A modifica della vigente normativa riguardante le professioni sanitarie per le quali non è richiesto il possesso del diploma di laurea, le « professioni sanitarie ausiliarie » e le « arti ausiliarie delle professioni sanitarie », sono denominate « professioni sanitarie infermieristiche », « professioni sanitarie di riabilitazione » e « professioni sanitarie tecniche » secondo la classificazione di cui ai commi 2, 3 e 4.

2. Le professioni sanitarie infermieristiche sono le seguenti:

a) infermiere professionale;

b) infermiere pediatrico;

c) assistente sanitario;

d) ostetrica.

3. Le professioni sanitarie di riabilitazione sono le seguenti:

a) terapista della riabilitazione;

b) audioprotesista;

c) optometrista;

d) tecnico di fisiopatologia;

e) dietista;

f) podologo.

4. Le professioni sanitarie tecniche sono le seguenti:

a) tecnico di laboratorio;

b) odontotecnico e ortodonzista;

c) ottico;

d) tecnico ortopedico;

e) tecnico di igiene ambientale;

f) tecnico igienista dentale;

g) tecnico di radiologia medica.

5. Sono soppresse le seguenti professioni ausiliarie e arti ausiliarie delle professioni sanitarie:

a) vigilatrice d'infanzia;

b) puericultrice.

6. Le esercenti la professione ausiliaria di vigilatrice d'infanzia, soppressa ai sensi del comma 5, sono equiparate a tutti gli effetti agli infermieri pediatrici.

7. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono dettate norme per la formazione e gli esami di abilitazione all'esercizio delle singole professioni di cui ai commi 2, 3 e 4.

8. Fatte salve le competenze regionali in materia di formazione professionale degli operatori sanitari, con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della pre-

sente legge, sono individuate le figure professionali di cui al presente articolo la cui formazione deve avvenire in ambito universitario nelle scuole dirette a fini speciali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

9. Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, per ciascuna delle professioni sanitarie infermieristiche, di riabilitazione e tecniche sono individuati i profili professionali, le eventuali specializzazioni e gli indirizzi specifici, compresi i corsi di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica; per le figure la cui formazione avviene in ambito universitario i profili professionali sono individuati ai sensi dell'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

10. In ogni provincia o su base interprovinciale sono istituiti i collegi professionali in rapporto alle nuove figure di esercenti le professioni previste nel presente articolo. Ai predetti collegi si applicano le disposizioni di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, e successive modificazioni.

11. I collegi degli infermieri professionali, assistenti sanitari, e vigilatrici d'infanzia e la relativa Federazione nazionale di cui alla legge 29 ottobre 1954, n. 1049, sono rispettivamente trasformati in collegi e federazione nazionale dei collegi degli infermieri professionali, pediatrici e degli assistenti sanitari.

12. Gli esercenti le professioni di cui ai commi 2, 3 e 4, che operano con rapporto di lavoro dipendente nelle strutture del Servizio sanitario nazionale sono inquadrati nel ruolo sanitario di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761; a tal fine, con decreto del Ministro della sanità da emanare ai sensi dell'articolo 1, quarto comma, del citato decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1977, n. 761, per tutto il personale di cui al presente comma

sono definiti i profili professionali previsti dall'allegato 1 al medesimo decreto del Presidente della Repubblica, tabelle I, L, M ed N del ruolo sanitario.

ART. 26.

(Commissione nazionale per la verifica delle strutture per la cura e l'assistenza degli anziani).

1. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per gli affari sociali, è costituita la commissione nazionale per la verifica della condizione degli anziani nelle collettività istituzionalizzate di tipo ospedaliero per acuti, di riabilitazione o di lunga degenza per disabili fisici o psichici, autosufficienti e non autosufficienti, di natura sanitaria, socio-assistenziale o abitativa ordinaria, sia pubblica che privata.

2. La commissione ha il compito di:

a) esaminare mediante accessi diretti, con la collaborazione delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali ovvero con acquisizione di documenti dalle istituzioni interessate o con indagini specifiche, le condizioni di vita degli anziani nelle istituzioni stesse, il trattamento ricevuto, l'igiene e le attrezzature dei locali, le relazioni umane e sociali intrattenute, nonché l'adeguatezza degli oneri posti a carico del Servizio sanitario nazionale o degli interessati ai costi delle prestazioni e dei servizi resi;

b) collaborare alla definizione di *standard* nazionali minimi di agibilità igienico-sanitaria e di umanizzazione dei rapporti nonché di parametri medi di costo per tipo di istituzione;

c) elaborare e tenere aggiornato l'elenco nazionale per tipologia delle istituzioni e delle sedi destinate agli anziani, per le occorrenti annotazioni relative all'osservanza degli *standard* e dei parametri di cui alla lettera *a)*. L'elenco è periodicamente comunicato dalla commissione agli assessori alla sanità delle regioni, con mo-

tivata segnalazione delle situazioni che necessitano di interventi correttivi da parte delle unità sanitarie locali competenti.

3. La commissione nazionale per la verifica della condizione dell'anziano è presieduta da un Sottosegretario del Ministero della sanità e di essa fanno parte tre assessori alla sanità regionali, uno dei quali con funzione di vice presidente, un rappresentante del Ministro per gli affari sociali, un rappresentante del Ministero di grazia e giustizia, esperti di discipline connesse all'attività della commissione tra cui almeno un sociologo, uno specialista in geriatria, uno specialista in riabilitazione, uno psicologo, uno specialista in bioetica, un medico legale, un ingegnere o architetto esperto in tipologie edilizie socio-sanitarie, rappresentanti delle organizzazioni sindacali nazionali più rappresentative dei pensionati, rappresentanti di organizzazioni di volontariato e di enti morali aventi per fine specifico la tutela degli anziani.

4. La commissione nazionale riferisce sul proprio operato ogni semestre, con apposite relazioni, al Ministro della sanità e al Consiglio sanitario nazionale.

ART. 27.

(Convenzioni con le associazioni di volontariato).

1. Con atto di indirizzo e coordinamento da emanare ai sensi del secondo comma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come sostituito dall'articolo 1 della presente legge, d'intesa anche con il Ministro per gli affari sociali, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono indicati i criteri per la stipula delle convenzioni tra le unità sanitarie locali e gli enti ospedalieri regionali e le associazioni di volontariato al fine del migliore espletamento delle attività sanitarie e sociali, anche nell'ambito dei compiti dei consultori di cui alla legge 22 maggio 1978, n. 194.

2. Entro sei mesi dall'emanazione del provvedimento di cui al comma 1, le unità sanitarie locali e gli enti ospedalieri regionali provvedono alla stipula di convenzioni con le associazioni che ne facciano richiesta.

ART. 28.

(Norme per il riordinamento della contabilità).

1. Il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro della sanità e con il Ministro del bilancio e della programmazione economica, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ed il Consiglio sanitario nazionale, un decreto legislativo per stabilire sistemi delle scritture contabili e del piano dei conti distinti per le unità sanitarie locali e per gli enti ospedalieri regionali nel rispetto dei seguenti princìpi e criteri direttivi:

a) adeguamento alla contabilità pubblica, secondo la legislazione vigente, con particolare riferimento agli obblighi connessi agli adempimenti di cui all'articolo 26 e all'articolo 30, come sostituito dall'articolo 10 della legge 23 agosto 1988, n. 362, della legge 5 agosto 1978, n. 468, ed alle procedure per consentire il consolidamento dei conti di cassa degli enti del settore pubblico allargato di cui al citato articolo 30 della legge n. 468 del 1978;

b) osservanza dell'obbligo del bilancio di previsione finanziario pluriennale, predisposto in termini di competenza, in coincidenza col periodo di validità del piano sanitario regionale;

c) distinzione, nel bilancio di previsione annuale e nel conto consuntivo, di una parte finanziaria espressa in termini di competenza e di cassa e di una parte economica, correlate tra di loro;

d) evidenza, in sede di bilancio di previsione annuale e di conto consuntivo, parte finanziaria, delle entrate derivanti dalla compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria pubblica, nonché dei trasferimenti assegnati, per l'attività di assistenza sanitaria, da enti del settore pubblico allargato, compresi i finanziamenti a carico del fondo investimenti occupazione, della Agenzia per la promozione dello sviluppo del Mezzogiorno e delle leggi speciali per la ricostruzione di zone colpite da calamità naturali;

e) evidenza, in sede di bilancio di previsione annuale ed in sede di conto consuntivo, parte economica, rispettivamente di tutti i presunti e realizzati elementi formanti oggetto di uno o più conti di esercizio, in relazione alla complessità dei singoli servizi erogati, e delle attività gestite dalla regione ai sensi del quinto comma dell'articolo 27 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, per quanto di competenza di ogni singola unità sanitaria locale e degli enti ospedalieri regionali;

f) tenuta di libri obbligatori dai quali risulti la composizione ed il valore del patrimonio;

g) il sistema delle scritture contabili deve comprendere, con separata evidenza, i fatti contabili relativi ad attività delegate svolte per conto di altre istituzioni, con particolare riferimento alle attività sociali di competenza degli enti locali;

h) la determinazione del piano dei conti deve essere conforme ai princìpi della distinta classificazione degli oggetti, avuto riguardo alla classificazione economica in titoli e categorie per il bilancio di previsione annuale e per il conto consuntivo, parte finanziaria, fermi restando il capitolo quale unità elementare di bilancio, nonché l'individuazione analitica degli elementi di costo, ricavo e contributi trasferiti, per il bilancio di previsione annuale e per il conto consuntivo, parte economica;

i) per entrambe le classificazioni di cui alla lettera *h)* deve essere consentito

alle regioni di aggiungere ulteriori specificazioni, fermo restando l'obbligo di rispettare la classificazione economica in categorie ed in conti del relativo piano;

l) evidenza extracontabile per consentire la rilevazione dei dati relativi all'assistenza erogata ed ai costi sostenuti distintamente per i lavoratori dipendenti e per i lavoratori autonomi in attività di servizio o pensionati e per i loro familiari.

2. Ai fini della predisposizione del decreto legislativo di cui al comma 1, è costituita, con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro della sanità, una commissione composta da:

a) due dirigenti del Ministero del tesoro, di cui uno con funzioni di presidente;

b) due dirigenti del Ministero della sanità;

c) un dirigente del Ministero del bilancio e della programmazione economica;

d) un dirigente dell'Istituto centrale di statistica;

e) tre professori universitari docenti di contabilità pubblica o di economia delle pubbliche amministrazioni o di ragioneria pubblica o di materie affini;

f) tre dirigenti delle regioni o delle province autonome, esperti in materie ecocnomico-finanziarie, designati dalla Conferenza permanente dei Presidenti delle regioni e delle province autonome;

g) tre direttori amministrativi capo servizio, responsabili di servizi finanziari di unità sanitarie locali, designati dall'Associazione nazionale dei comuni italiani.

3. La commissione di cui al comma 2 si avvale di una apposita segreteria tecnica, nominata con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro della sanità.

4. Il decreto legislativo di cui al comma 1 fissa la data di entrata in vigore del sistema delle scritture contabili e del piano dei conti di cui al medesimo

comma. In relazione alla complessità degli adempimenti ed alla necessaria formazione del personale addetto alla gestione del sistema stesso, il Ministro del tesoro è autorizzato a stabilire, di concerto con il Ministro della sanità, la data a decorrere dalla quale sono adottati il bilancio di previsione annuale ed il conto consuntivo, parte economica.

ART. 29.

(Osservatorio sui prezzi e sulle tecnologie sanitarie).

1. Presso il Ministero della sanità è istituito l'Osservatorio sui prezzi e sulle tecnologie sanitarie, articolazione del sistema informativo sanitario per l'effettuazione di rilevazioni sulle tipologie delle apparecchiature e tecnologie sanitarie, dei materiali sanitari e degli altri materiali e sui prezzi relativi.

2. Nell'ambito dell'Osservatorio di cui al comma 1 è costituita, con decreto del Ministro della sanità, una commissione scientifica con i seguenti compiti:

a) collaborare con l'Organizzazione mondiale della sanità e con il Ministero della sanità per la raccolta dei dati nazionali ed internazionali in materia di tecnologie sanitarie e dei prezzi dei materiali di consumo;

b) formulare proposte in materia di pubblicazione dei dati di mercato e di quelli relativi ad accordi a livello nazionale per le strutture pubbliche;

c) analizzare i dati di mercato e quelli desunti dall'attività delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali;

d) segnalare situazioni anomale, problemi e disfunzioni del settore;

e) formulare proposte al Ministro della sanità di appropriati interventi per eliminare anomalie riscontrate.

3. I dati relativi alle rilevazioni dell'Osservatorio sui prezzi e sulle tecnologie sanitarie sono pubblicati ogni tre mesi a cura del Ministero della sanità.

4. Con decreto del Ministro della sanità è istituito presso il Servizio centrale della programmazione sanitaria l'ufficio costi con il compito di effettuare analisi e valutazioni in materia di costi di produzione di beni e servizi di più rilevante impiego nel settore sanitario, compresi i costi di produzione e distribuzione dei prodotti farmaceutici. All'interno dell'ufficio di cui al presente comma opera un nucleo di esperti. L'ufficio costi opera come segreteria della commissione di cui al comma 2.

ART. 30.

(Centro nazionale di documentazione per l'educazione sanitaria).

1. È istituito, con sede a Perugia, il Centro nazionale di documentazione per l'educazione sanitaria avente lo scopo di raccogliere e di mettere a disposizione del Servizio sanitario nazionale e del sistema scolastico documentazioni, metodologie e esperienze, sia nazionali che internazionali, in materia di educazione sanitaria.

2. Il Ministro della sanità definisce, d'intesa con la regione Umbria, lo statuto del Centro, che disciplina:

a) la composizione e le competenze degli organi di amministrazione e di controllo, prevedendo la rappresentanza del Ministero della sanità, del Ministero per i beni culturali e ambientali, della regione Umbria e dell'università di Perugia;

b) l'organico del personale del Centro nazionale, da contenere entro il limite massimo di venti unità, da coprire con personale comandato da amministrazioni dello Stato o da enti pubblici;

c) le modalità e le procedure per l'acquisizione delle esistenti strutture e dei materiali di documentazione appartenenti al Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, costituito nell'ambito del progetto sperimentale per l'educazione sanitaria, in Perugia;

d) le modalità di connessione telematica alla rete del sistema informativo sanitario per la messa a disposizione delle strutture del Servizio sanitario nazionale delle informazioni e delle metodologie concernenti l'educazione sanitaria;

e) la possibilità di stipulare accordi con organizzazioni internazionali, università, Consiglio nazionale delle ricerche e istituzioni specializzate per l'acquisizione di contributi utili alle attività del Centro.

3. Lo statuto di cui al comma 2 è approvato con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

4. Al finanziamento del Centro si provvede con una quota delle risorse a destinazione vincolata per l'educazione sanitaria, in sede di riparto del Fondo sanitario interregionale, sulla base di oggettivi criteri di costo relativi alla gestione del servizio.

ART. 31.

(Tessera sanitaria).

1. Con decreto del Ministro della sanità sono definite le caratteristiche tecniche ed i contenuti della tessera sanitaria a lettura elettronica, che costituisce parte integrante del libretto sanitario di cui all'articolo 27 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Il codice fiscale costituisce elemento di identificazione del cittadino nei rapporti con il Servizio sanitario nazionale.

3. La tessera sanitaria è custodita dall'interessato o da chi esercita la potestà sui minori di diciotto anni o la tutela e deve essere esibita contestualmente alla richiesta di prestazioni sanitarie.

4. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, la tessera sanitaria a lettura elettronica è introdotta, a scopo sperimentale, in due regioni determinate con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

5. In relazione all'esito della sperimentazione di cui al comma 4, con successivo provvedimento sono definiti i criteri e le modalità per la progressiva estensione della tessera sanitaria a tutti i cittadini.

CAPO VII

DISPOSIZIONI FINALI E DI ATTUAZIONE

ART. 32.

(Trasferimento alle unità sanitarie locali, agli enti ospedalieri regionali e alle agenzie amministrative regionali dei beni attribuiti ai comuni).

1. Con legge regionale, da emanare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono disciplinate procedure e modalità per il trasferimento, entro termini tassativi, dai comuni alle unità sanitarie locali, agli enti ospedalieri regionali ed alle agenzie amministrative regionali degli immobili e del patrimonio ad essi pervenuti per effetto della soppressione di enti o di scorpori a norma degli articoli 61, comma terzo, lettera *a)*, 65, comma primo, come modificato dall'articolo 21 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, e 66, comma primo, lettere *a)* e *b)*, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Il trasferimento di cui al comma 1 ha luogo con i seguenti criteri:

a) sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali i beni immobili e patrimoniali che, alla data di entrata in vigore della presente legge, risultano destinati all'esercizio delle rispettive attività istituzionali;

b) sono trasferiti alle agenzie amministrative regionali i beni immobili e patrimoniali che, alla data di entrata in vigore della presente legge, sono destinati

all'esercizio delle attività attribuite agli uffici provinciali di cui all'articolo 14;

c) i beni immobili e patrimoniali aventi destinazioni diverse da quelle indicate alle lettere *a)* e *b)* sono trasferiti agli enti ed alle amministrazioni nei quali sono comprese le strutture sanitarie cui inerivano alla data di entrata in vigore della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

ART. 33.

(Disposizioni di attuazione).

1. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni, nonché i comuni singoli o associati e le comunità montane, nell'ambito delle rispettive competenze, adottano i provvedimenti ed emanano la normativa necessaria a darvi attuazione, ivi compresa la rideterminazione dell'ambito territoriale delle unità sanitarie locali e la istituzione degli enti ospedalieri regionali che devono avvenire contestualmente.

2. Fino all'insediamento dei nuovi organi di cui all'articolo 6 e comunque non oltre un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, le unità sanitarie locali continuano ad essere amministrate dagli organi in carica, sulla base della disciplina vigente.

2. Decorso il termine indicato dai commi 1 e 2, qualora non siano stati nominati i nuovi organi di amministrazione, o, comunque, non siano adottati tutti i provvedimenti necessari per la trasformazione in enti dotati di personalità giuridica 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.

3. Tutte le competenze già attribuite al comitato di gestione delle unità sanitarie locali e quelle di cui all'articolo unico, comma 1, lettera *a)*, della legge 15 gennaio 1986, n. 4, sono trasferite al consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria lo-

cale, salvo quanto diversamente stabilito dalla presente legge. Valgono altresì, per il consiglio di amministrazione della unità sanitaria locale e degli enti ospedalieri regionali, le incompatibilità di cui alla legge 23 aprile 1981, n. 154.

ART. 34.

(Convenzioni con le cliniche universitarie e con le altre istituzioni sanitarie che erogano assistenza pubblica).

1. I rapporti tra regioni ed università relativamente alle attività del Servizio sanitario nazionale restano disciplinati dall'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e relative convenzioni.

2. Nulla è innovato per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo e le attività degli enti ed istituti di cui all'articolo 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

ART. 35.

(Norme relative al personale).

1. Ai sensi dell'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è mantenuto un unico ordinamento del personale del Servizio sanitario nazionale in tutto il territorio nazionale.

2. Fermo restando quanto disposto dagli articoli 8 e 11 della presente legge per il direttore generale, nulla è innovato nello stato giuridico ed economico del personale di cui al comma 1 del presente articolo, che rimane disciplinato dal decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e dal decreto del Ministro della sanità in data 30 gennaio 1982, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 51 del 22 febbraio 1982, dal comma 7 dell'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, nonché dagli accordi di lavoro del comparto sanitario.

3. Nulla è altresì innovato per quanto concerne l'appartenenza al comparto di contrattazione collettiva del personale del

Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 5 marzo 1986, n. 68, per effetto della trasformazione delle unità sanitarie locali in enti dotati di personalità giuridica ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e della istituzione degli enti ospedalieri regionali ai sensi dell'articolo 11 della presente legge.

4. Con legge regionale sono stabilite la dotazione organica della agenzia amministrativa di cui all'articolo 2 nonché le modalità per il reperimento del personale necessario al suo funzionamento, avvalendosi esclusivamente del personale dell'assessorato regionale competente per materia, ovvero dei processi di mobilità anche ai sensi dei commi 2 e 3 dell'articolo 36.

5. La composizione del comparto di contrattazione collettiva del personale individuato dall'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 5 marzo 1986, n. 68, è integrata, entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge, con le procedure previste dall'articolo 5 della legge 29 marzo 1983, n. 93, con il personale della agenzia amministrativa di cui al comma 4 del presente articolo.

6. Resta fermo quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 1° febbraio 1986, n. 13.

ART. 36.

(Norme transitorie per il trasferimento del personale).

1. Ai fini dell'attuazione della presente legge, si applicano per quanto concerne le assegnazioni del personale le seguenti norme:

a) il personale che, sulla base delle piante organiche definitive o provvisorie di cui al decreto-legge 26 novembre 1981, n. 678, convertito, con modificazioni,dalla legge 26 gennaio 1982, n. 12, risulti addetto ai servizi e presìdi sanitari attribuiti alle unità sanitarie locali alla data della loro costituzione in enti dotati di personalità giuridica ai sensi dell'articolo 5 della

presente legge rimane ivi assegnato nella posizione giuridica e funzionale ricoperta;

b) il personale che, sulla base delle piante organiche indicate nella lettera *a)*, risulti addetto agli ospedali alla data della loro costituzione in enti ospedalieri ai sensi dell'articolo 11, rimane ivi assegnato nella posizione giuridica e funzionale ricoperta;

c) il personale che, sulla base delle piante organiche indicate nella lettera *a)*, risulti addetto ai laboratori di igiene e profilassi e agli altri presìdi o servizi la cui attività rientra nelle competenze degli uffici provinciali di cui all'articolo 14 alla data di costituzione della agenzia amministrativa regionale di cui all'articolo 2, rimane ivi assegnato nella posizione giuridica e funzionale ricoperta.

2. Il personale addetto ai servizi generali della unità sanitaria locale è assegnato alle strutture indicate nelle lettere *a)*, *b)* e *c)* del comma 1 previo espletamento della seguente procedura:

a) determinazione dei posti vacanti nei servizi generali della nuova pianta organica;

b) formulazione di graduatorie sulla base dell'anzianità complessiva nella posizione funzionale rivestita di ruolo e non di ruolo, fatta eccezione per il personale laureato appartenente alle posizioni funzionali apicali, nei cui confronti la graduatoria viene formata sulla base dei titoli posseduti, da valutare in conformità dei criteri stabiliti dal decreto del Ministro della sanità in data 30 gennaio 1982, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 51 del 22 febbraio 1982.

3. Le graduatorie di cui al comma 2, distinte per singola unità sanitaria locale o per gruppo di unità sanitarie locali di provenienza, sono formulate dalla regione che attua la conseguente mobilità secondo l'ordine delle graduatorie medesime.

ART. 37.

(Regioni a statuto speciale e province autonome di Trento e di Bolzano).

1. Restano salve le competenze statutarie delle regioni a statuto speciale nelle materie disciplinate dalla presente legge. Restano ferme, altresì, le competenze spettanti alle province autonome di Trento e di Bolzano secondo le forme e condizioni particolari di autonomia definite dal testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670.