SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

(N. 1915)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BOMPIANI, MELOTTO, CONDORELLI, CAMPUS, JERVOLINO RUSSO, FIMOGNARI, PINTO Michele, MASCARO, COSTA, FERRARA Nicola, CECCATELLI, COLOMBO SVEVO e FOSCHI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 17 LUGLIO 1986

Norme per la revisione dello stato giuridico e per l'aggiornamento professionale del personale dipendente delle unità sanitarie locali

ONOREVOLI SENATORI. — A distanza di oltre sette anni dalla promulgazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale, si manifestano segni sempre più marcati non solamente di una crescente incapacità di rispondere alle esigenze e ai bisogni assistenziali dei cittadini, ma anche di una preoccupante caduta dell'impegno del personale sanitario nel suo complesso ai compiti istituzionali — vecchi e nuovi — previsti dalla riforma.

Da vari documenti — e fra questi ci piace ricordare la conclusione dell'indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale, svolta di recente dalla 12ª Commissione (Igiene e sanità) del Senato (Doc. XVII/2) — emerge che le cause di tale situazione vanno ricercate anche nella demotivazione del personale, indotta, almeno in parte, dalla impostazione dell'attuale ordinamento giuridico, dettato dal decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 sulla base dell'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Con il presente disegno di legge, desideriamo affrontare questo specifico problema e la connessa questione dell'aggiornamento professionale nell'ambito di un'azione propositivo-legislativa del nostro Gruppo, che si rivolge al miglioramento istituzionale e funzionale del servizio sanitario nazionale. Fra i disegni di legge presentati in tale senso vanno citati il disegno di legge n. 863 (Melotto ed altri) presentato il 19 luglio 1984, « Modifica degli articoli 10, 13, 14, 15, 17, 18, 22, 49, 50, 51, 65, 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, concernente istituzione del servizio sanitario nazionale », ed il disegno di legge n. 1473 (Bompiani ed altri) presentato il 2 agosto 1985, « Norme per la formazione dei dirigenti delle unità sanitarie locali

TIPOGRAFIA DEL SENATO (1950)

(*Personale sanitario - Pubblico impiego - Ordinamento sanitario*)

e istituzione della scuola superiore di organizzazione sanitaria ».

A tali disegni di legge si rinvia per quanto di specifico è in essi proposto: si vuole qui suggerire una lettura coordinata dei vari disegni di legge, per una visione unitaria delle linee che sottendono.

Il disegno di legge in oggetto è suddiviso in due titoli.

Il primo titolo, « Comparto sanitario e stato giuridico del personale dipendente delle unità sanitarie locali », prende in considerazione all'articolo 1 la ripartizione del comparto sanitario in distinti « ruoli ».

Perchè « comparto sanitario »?

Da tempo, per una serie di valutazioni sia di tecnici che dell'opinione pubblica, è apparso evidente che tutte le « figure professionali » che operano nella sanità sono legate da elementi comuni, ma anche differenziate da elementi di specificità.

Gli elementi in comune sono dati dalla finalizzazione dell'attività rivolta alla protezione della salute, pur nella diversa preparazione culturale e professionale. Se questo dato di fatto costituisce il presupposto di un momento organizzativo unitario, d'altra parte nella concreta estrinsecazione delle funzioni sanitarie emergono quotidianamente con prepotenza gli elementi di differenziazione e specificità.

Posto che il concetto di salute è in ultima analisi riferito alla persona umana, ne deriva che il medico si trova a rivestire un ruolo caratterizzato dal massimo di specificità sotto l'aspetto clinico. Peraltro, esistono elementi di specificità anche nelle altre figure professionali operanti in sanità.

Da queste considerazioni nasce la proposta del « comparto sanitario », capace di esercitare un'azione centripeta sul piano giuridico-contrattuale nei confronti delle varie componenti e, al tempo stesso, di fornire la « cornice » entro la quale sviluppare gli elementi peculiari di ogni ben definita professione, nell'armonia reciproca.

In effetti, già la legge n. 93 del 1983 ha definito implicitamente il comparto del personale delle unità sanitarie locali, il quale è stato poi formalmente evidenziato nell'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica n. 68 del 1986.

Peraltro, tali strumenti legislativi non riguardano la ripartizione in ruoli del personale suddetto, che è tuttora quella prevista dal vigente stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

La recente vertenza, attraverso la quale i medici hanno rivendicato una collocazione autonoma, ha fatto emergere l'inadeguatezza dei criteri seguiti nella ripartizione del personale in un numero molto ristretto di ruoli, che non assicura la valorizzazione delle specificità delle diverse categorie di operatori.

Proprio per raggiungere questa finalità, la nostra proposta introduce vari « ruoli », ciascuno dei quali corrisponde all'insieme di coloro che nel sistema generale svolgono, secondo una professionalità omogenea e formalmente riconosciuta dallo Stato, compiti non diversamente sostituibili.

In questo senso trova esaltazione anche il cosiddetto « atto medico », « che differenzia sotto molti aspetti la professione medica dalle altre professioni cosiddette liberali: alcune sue componenti essenziali per gli effetti che inducono, di squisita indole psicologica (soggettiva), inerenti sia al paziente che al medico, sono difficilmente valutabili e traducibili in termini economici (di costo, di remunerazione, eccetera). Aggiungasi che, secondo tradizionali principi di etica professionale, il medico, al quale deve essere assicurata la libertà di giudizio (clinico-diagnostico, terapeutico), risponde di tale giudizio agli assistiti » (GIOVANARDI, 1985).

In un sistema sanitario organicamente disciplinato non debbono determinarsi confusioni di ruoli; d'altra parte deve essere possibile, a ciascun ruolo, esplicare il massimo delle proprie potenzialità. Si incontrano, fatalmente, talune difficoltà nella delimitazione delle « zone di confine »: per quanto appaia evidente che gli ordinamenti professionali danno un forte contributo alla individuazione delle rispettive « sfere di competenza », peraltro l'evoluzione ed il progresso culturale, il superamento di tante barriere per effetto del progresso tecnologi-

co, e così via, tendono a rendere « dinamici » gli ambiti professionali e relativamente fungibili fra loro alcune delle attività pratiche. Questo fenomeno di osmosi può divenire « positivo » in un sistema globale di tutela della salute, a condizione che non si travalichino i limiti propri di ciascuna funzione e si privilegi, invece, il metodo collaborativo e di lavoro in gruppo.

Nel nostro disegno di legge abbiamo ritenuto che i « ruoli » indicati all'articolo 1 raggruppassero secondo il criterio sopra esposto tutte le figure operanti in sanità.

Nell'articolo 2 si affronta il problema dello stato giuridico del personale dipendente delle unità sanitarie locali, la cui soluzione viene demandata al Governo con apposita delega, fissando peraltro precisi, analitici criteri direttivi.

L'opportunità di rivedere lo stato giuridico del personale dipendente nasce dalla evoluzione stessa verificatasi in questi primi anni di attuazione della legge n. 833 del 1978 e dalla constatata inadeguatezza — in talune parti — del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, che, per esplicita delega fissata dall'articolo 47 della citata legge n. 833 del 1978, ha disciplinato la materia.

A nostro parere, oltre alla già accennata incongrua ripartizione del personale in quattro ruoli, il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 ha accentuato gli elementi di rigidità nella regolamentazione del rapporto di lavoro, con visione spiccatamente « garantistica », sino al punto di risultare praticamente inapplicabile per più di un istituto giuridico (ad esempio, trasferimenti, concorsi, eccetera).

Nonostante i correttivi previsti dalla legge cosiddetta di «sanatoria» (n. 207 del 1985) e gli accorgimenti che è stato possibile introdurre attraverso la contrattazione collettiva, non è stato in realtà possibile con il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 creare le condizioni che consentano il miglior espletamento delle varie professionalità, mentre sono andati via via accentuandosi fenomeni di burocratizzazione dell'assistenza che hanno gravemente inciso non solo sulla produttività ed efficienza del sistema, ma anche sulla qualità delle prestazioni, sul rapporto con i cittadini, sull'efficacia dell'intervento sanitario nel suo complesso.

Peraltro, non sembra opportuno rinunciare allo strumento della delega, tenuto conto della complessità e molteplicità dei problemi da affrontare, che — per la loro natura tecnica — mal si prestano all'approfondimento minuzioso in sede legislativo-parlamentare.

D'altra parte, è necessario fissare criteri di delega molto precisi allo scopo di vincolare il Governo in ordine alle scelte politiche operate dal Parlamento.

La nostra proposta fissa anzitutto l'obiettivo della valorizzazione della competenza professionale degli operatori, con particolare riguardo al personale medico e a quello impegnato nell'assistenza diretta al malato. A questo fine, dovrà essere comunque richiesto ai medici, agli odontoiatri e ai veterinari, che intendano accedere ad un rapporto di lavoro, anche convenzionale, con il servizio sanitario nazionale, lo svolgimento di un periodo di tirocinio pratico nelle strutture del servizio stesso.

Per il personale medico vengono mantenute ferme tanto la distinzione fra rapporto a tempo pieno e rapporto a tempo definito, con le attuali rispettive facoltà e prerogative circa l'esercizio della libera professione, quanto l'articolazione delle carriere in tre livelli di funzione. Per i sanitari con rapporto a tempo definito viene ribadito il principio che l'attività libero-professionale non può essere svolta presso strutture private convenzionate con il servizio sanitario nazionale.

Nei confronti dei medici ospedalieri è prevista l'attribuzione di un trattamento economico differenziato in rapporto al livello della struttura ospedaliera in cui operano e alle funzioni di alta specialità espletate, oltre naturalmente che in base al rapporto a tempo pieno o a tempo definito. Tale differenziazione è ovviamente finalizzata non a ripristinare anacronistiche posizioni di priorità, o ingiustificati privilegi della medicina ospedaliera rispetto a quella del territorio, ma soltanto a dare un giusto riconoscimento al particolare impegno richie-

sto al medico nell'ambito dell'assistenza in regime di degenza, non solo dal punto di vista tecnico-professionale, ma anche sul piano dell'organizzazione del lavoro e del rapporto umano che deve instaurarsi con il paziente.

Profonde innovazioni vengono proposte per l'accesso alle funzioni di medico dirigente, superando l'attuale sistema di selezione basato sull'esame nazionale di idoneità e sul concorso di assunzione alla posizione apicale. Viene infatti previsto un concorso nazionale per titoli ed esami per l'ammissione in un albo nazionale di idonei alla funzione dirigente, comprendente un numero chiuso di medici stabilito dalla legge che detta triennalmente le norme precettive per il piano sanitario nazionale. Conseguentemente l'attivazione delle funzioni di medico dirigente potrà avvenire per chiamata diretta fra gli iscritti nello speciale albo e per un periodo definito, di durata non superiore a cinque anni, rinnovabile. In tal modo le unità sanitarie locali verranno ad assumere la piena responsabilità della scelta che compiranno tra tutti i medici disponibili, mentre saranno valorizzati e premiati l'impegno e l'esperienza professionale, con indubbi vantaggi per la qualità dell'assistenza ai cittadini.

Alla stessa finalità di assicurare un migliore funzionamento complessivo del sistema è rivolto il criterio di delega che prevede la definizione delle ipotesi di incompatibilità basate sul principio della unicità del rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale, che esclude in generale la coesistenza del rapporto di impiego con quello convenzionale, salvo che questo non risponda a particolari esigenze funzionali delle unità sanitarie locali e delle singole strutture, anche ospedaliere. Per questa ipotesi si è ritenuto opportuno prevedere la possibilità di stipula da parte delle unità sanitarie locali, previa autorizzazione delle regioni, di speciali rapporti a termine con singoli medici in relazione al loro livello di qualificazione specialistica o alle necessità di integrazione pluridisciplinare delle *équipes* sanitarie. Il criterio di delega fissa quindi le modalità e i limiti per la stipula dei relativi contratti, stabilendo in particolare che l'impegno orario non potrà essere comunque superiore a dieci ore settimanali.

Per tutto il personale la proposta conferma poi, in via definitiva, le norme di snellimento delle procedure concorsuali e quelle sulla gestione delle piante organiche già dettate dalla legge n. 207 del 1985, stabilendo peraltro che ai posti relativi alle posizioni apicali si accede soltanto attraverso il pubblico concorso per titoli ed esami. Nuovi criteri vengono stabiliti anche per la valutazione dei titoli e delle prove di esame, al fine di limitare il « peso » della semplice anzianità di servizio e di esaltare l'esperienza professionale acquisita. Agli stessi criteri di funzionalità e di qualificazione dell'attività delle unità sanitarie locali si ispirano poi le ulteriori norme concernenti la composizione delle commissioni giudicatrici; i titoli aggiuntivi di qualificazione e di specializzazione che potranno essere richiesti per l'accesso a specifiche posizioni funzionali; il potere di intervento sostitutivo da attribuire alla regione per il caso di inerzia delle unità sanitarie locali nell'attivazione delle previste procedure per la copertura dei posti vacanti.

Anche la composizione delle commissioni di disciplina, infine, viene profondamente modificata secondo criteri che tendono a garantire un effettivo e serio funzionamento del delicato organismo collegiale.

Il secondo titolo del disegno di legge riguarda l'aggiornamento professionale.

Da tempo il principio della « obbligatorietà » dell'aggiornamento, sancito dagli articoli 47 e 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è stato recepito da precise norme applicative, attraverso i decreti del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 e n. 348 del 1983 ed attraverso gli accordi collettivi nazionali fra i medici convenzionati.

Dall'insieme delle norme citate emerge un diritto-dovere che, facendo salvi presupposti validi per la normativa generale degli impiegati civili dello Stato, ribaditi peraltro anche dall'articolo 21 della legge 29 marzo 1983, n. 93, concorre a stimolare il miglioramento delle prestazioni fornite dal personale (nell'interesse degli utenti e del servizio sanitario nazionale) mediante la

stessa promozione delle capacità e attitudini professionali dei dipendenti: ciò che è interesse soggettivo degli stessi. In questo senso i due obiettivi appaiono fra loro inscindibili e costituiscono il dovere-diritto di cui si tratta.

Tuttavia, le difficoltà pratiche di attuazione di questo disposto hanno reso sino a questo momento saltuaria, episodica e settoriale l'azione svolta. Soprattutto, tale azione è consistita in occasioni di aggiornamento promosse nel « privato » con il patrocinio regionale.

È venuto il momento di stabilire centralmente — e poi attuare perifericamente — regolari programmi consistenti non solamente in attività didattiche sulla base di corsi e di lezioni teoriche, ma anche in tirocini e periodi di frequenza obbligatori presso strutture di alta qualificazione tecnica.

Solo con queste modalità di continua osmosi fra teoria e pratica è possibile, a nostro parere, superare il carattere permanentemente « nozionistico » dell'aggiornamento, come oggi offerto.

Il disegno di legge che presentiamo ne fa esplicita menzione e stabilisce altresì le modalità con le quali si elaborano e vengono poi adottati i programmi. A questa attività viene dal CIPE assegnata una quota vincolata del fondo sanitario nazionale, distinta in quote assegnate rispettivamente all'aggiornamento e formazione dei medici dipendenti e convenzionati e del restante personale.

Il disegno di legge interviene, infine, nello stabilire i criteri per l'accesso ai corsi, la partecipazione dei singoli e la verifica del profitto; nonchè i criteri e le modalità per la valutazione positiva dei titoli conseguiti e — all'opposto — la valutazione negativa di quelli non conseguiti senza giustificato motivo, in sede concorsuale e di carriera.

* * *

Onorevoli Senatori, il nostro disegno di legge può apparire limitato negli obiettivi che persegue, in quanto prende in considerazione solo alcuni istituti attinenti al rapporto di impiego sia per i medici, che per il restante personale.

In realtà, il disegno di legge nasce come completamento di un processo di revisione normativa avviato, negli ultimi tempi, con l'individuazione di un'area contrattuale medica e con le norme correlate, che realizzano il principio della « partecipazione » dei medici alla programmazione e alla gestione dei servizi sanitari. Pertanto la nostra iniziativa va rapportata a quella che, secondo fonti attendibili, il Governo si accinge ad assumere, riservandoci peraltro piena libertà di proporre autonomamente in merito, soprattutto se tale iniziativa non dovesse realizzarsi.

Per quanto si riferisce al personale non medico, la problematica evidenziatasi in questi anni concerne in prevalenza le norme dello stato giuridico e quelle dell'inquadramento attuato a seguito del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979.

Per i motivi anzidetti, abbiamo ritenuto giunto il momento di affrontare per tutti i dipendenti delle unità sanitarie locali la tematica della revisione dello stato giuridico.

Come abbiamo già affermato, lo strumento della delega al Governo è parso il più idoneo e da realizzarsi sulla base di direttive e criteri ispirati nel loro complesso al perseguimento di:

— una migliore identificazione della specificità delle singole categorie di operatori, attraverso la collaborazione in ruoli particolari, pur nella cornice comune del « comparto sanitario »;

— una più rigorosa indicazione dei « doveri » professionali, nel contesto di un sistema complesso, che richiede l'intervento armonico di numerose categorie professionali, pur non trascurando l'esigenza di salvaguardare i « diritti » di ciascuno.

Peraltro, strettamente connessa con le indicate esigenze, si manifesta la necessità di affrontare seriamente il problema dell'aggiornamento professionale, del quale sinora è stata affermata la « obbligatorietà », ma

senza porre nè i presupposti normativi, nè quelli operativi e finanziari per la sua attuazione.

A questa esigenza intende provvedere — come si è detto — il titolo II del nostro disegno di legge, nella convinzione del presupposto che nessun riordinamento giuridico potrà produrre gli effetti desiderati (ed in particolare in un settore che ha al centro delle sue attenzioni la persona umana) senza il sostegno di una adeguata opera di rinnovamento culturale.

Ci auguriamo che il nostro disegno di legge susciti una opportuna riflessione sugli aspetti che abbiamo voluto porre alla attenzione del Parlamento, aperti all'esame di ogni suggerimento che verrà dalla discussione.

DISEGNO DI LEGGE

TITOLO I

COMPARTO SANITARIO E STATO GIURIDICO DEL PERSONALE DIPENDENTE DELLE UNITA' SANITARIE LOCALI

Art. 1.

(Comparto sanitario e ruoli)

1. È istituito il comparto sanitario, che comprende i seguenti ruoli del personale dipendente delle unità sanitarie locali:

a) ruolo dei medici, odontoiatri e veterinari;

b) ruolo dei farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, sociologi;

c) ruolo del personale infermieristico e tecnico-sanitario;

d) ruolo del personale tecnico dei servizi;

e) ruolo del personale amministrativo e professionale.

2. Il rapporto di impiego del personale inquadrato nei ruoli di cui al comma 1 è disciplinato secondo criteri atti a garantire la peculiarità delle funzioni sanitarie ed assistenziali, adottando istituti normativi flessibili e finalizzati alla realizzazione di un qualificato servizio sanitario.

Art. 2.

(Stato giuridico del personale dipendente delle unità sanitarie locali)

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, un decreto avente valore di legge ordinaria per modificare, integrare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di ordinamento del

personale del servizio sanitario nazionale, per quanto concerne gli istituti di cui all'articolo 2 della legge 29 marzo 1983, n. 93, ivi compresa la disciplina dei concorsi, nel rispetto dei principi contenuti in detta legge, nelle legge 23 dicembre 1978, n. 833, e nella presente legge, e dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) il ruolo nominativo regionale avrà valore di elenco ricognitivo anche ai fini della mobilità del personale e della programmazione sanitaria;

b) l'ammissione alle diverse posizioni funzionali sarà disciplinata, in particolare per il personale medico e per quello impegnato nell'assistenza diretta al malato, in modo da valorizzare l'effettiva competenza professionale, nonchè gli aspetti formativo-culturali e tecnico-operativi. Per l'accesso al servizio sanitario nazionale dovrà comunque essere previsto un tirocinio pratico da svolgersi, con modalità e per un periodo stabiliti, presso le strutture del servizio stesso da parte dei medici, odontoiatri e veterinari che intendano accedervi anche per convenzione;

c) il rapporto di lavoro per i medici, gli odontoiatri ed i veterinari potrà essere a tempo definito o a tempo pieno, prevedendosi solo per quest'ultimo la possibilità per gli interessati di svolgere attività libero-professionale fuori dall'orario normale di lavoro nelle strutture dell'unità sanitaria locale o nelle strutture private appositamente con questa convenzionate ai sensi dell'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, secondo tariffe stabilite in base alla normativa vigente. Ai sanitari con rapporto di lavoro a tempo definito sarà consentita l'attività libero-professionale fuori dall'orario di lavoro, purchè essa non si svolga presso strutture private convenzionate con il servizio sanitario nazionale;

d) per il personale medico dipendente dal servizio sanitario nazionale saranno stabiliti i seguenti tre livelli di funzione: assistente, medico specialista, medico dirigente. La permanenza in ciascun livello per consentire l'accesso al livello superiore sarà stabilita nel minimo di anni cinque;

e) per il personale medico in servizio presso gli ospedali dovrà essere stabilito un trattamento economico differenziato, rapportato al livello della struttura ospedaliera nella quale esso è inserito. Il trattamento economico dovrà pure differenziarsi in base al rapporto di lavoro a tempo definito o a tempo pieno ed alle funzioni di alta specialità espletate dal personale di cui sopra;

f) l'idoneità alle funzioni di medico dirigente verrà acquisita mediante concorso nazionale per titoli ed esami e la conseguente iscrizione in un albo nazionale di idonei, nel quale sarà ricompreso un numero chiuso di medici dirigenti da stabilirsi con le norme della programmazione sanitaria nazionale; in tale albo entrano di diritto i primari in servizio;

g) l'attribuzione delle funzioni di medico dirigente verrà effettuata per chiamata, secondo criteri fissati dalle norme regolamentari, fra gli iscritti nell'albo di cui alla lettera *f*) e non potrà avere durata superiore ad anni cinque, con possibilità di rinnovo;

h) saranno definite le ipotesi di incompatibilità, che dovranno comunque prevedere l'unicità del rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale escludendo la coesistenza di tale rapporto con quello convenzionale, salva l'ipotesi di cui alla seguente lettera *i*);

i) oltre a quanto previsto dal rapporto convenzionale di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, si potrà altresì consentire la stipula da parte delle unità sanitarie locali, previa autorizzazione della regione, di speciali e singoli contratti a termine per l'utilizzazione di personale provvisto di qualificati livelli di specializzazione nelle strutture anche ospedaliere, nonchè quando sussista la necessità di integrare unità operative a carattere pluridisciplinare operanti soprattutto nel territorio. Ogni singolo contratto, che potrà essere stipulato anche con medici specialisti dipendenti da altra unità sanitaria locale, stabilirà le modalità di espletamento della prestazione professionale fissando un impegno orario non superiore alle dieci ore settimanali, con esclusione di qualsiasi rapporto di

dipendenza gerarchica, salvo il rispetto delle direttive emanate dai responsabili del servizio, ed avrà la durata di un anno, rinnovabile;

l) la gestione della pianta organica e dei concorsi sarà di esclusiva competenza dell'unità sanitaria locale, nel rispetto delle previsioni e prescrizioni del piano sanitario nazionale e del piano sanitario regionale;

m) salvo quanto stabilito alla lettera *g*), la copertura dei posti vacanti, anche in via temporanea, sarà effettuata, a scelta dell'amministrazione interessata, o mediante trasferimento riservato al personale inserito nei ruoli nominativi regionali o mediante concorsi pubblici per titoli ed esami. Alla copertura dei posti relativi alle posizioni funzionali apicali le amministrazioni interessate dovranno provvedere esclusivamente mediante concorso pubblico per titoli ed esami, al quale verrà ammesso solo il personale in possesso di specifici titoli di studio e professionali, tenendo conto di quanto stabilito alla successiva lettera *p*);

n) in sede di concorsi per titoli ed esami il punteggio riservato ai titoli non potrà essere superiore alla metà del punteggio complessivo riservato alle prove di esame, in caso di concorsi per la copertura di posti di personale laureato, e non superiore al 30 per cento del punteggio complessivo riservato alle prove di esame, in caso di concorsi per la copertura di posti del restante personale. Nella valutazione dei titoli il punteggio relativo all'anzianità non potrà superare il 50 per cento del punteggio complessivo riservato ai titoli stessi;

o) le commissioni giudicatrici, nominate dal comitato di gestione, saranno presiedute dal presidente del comitato stesso, o da altro amministratore da lui delegato. Esse saranno composte da un numero di commissari non superiore a quattro, oltre al presidente, dei quali due esperti nelle materie oggetto del concorso — tra cui un professore universitario ordinario — scelti dal comitato di gestione dell'ente, e due rappresentanti del personale appartenenti al medesimo ruolo e profilo professionale ed al livello non inferiore a quello dei posti messi a

concorso, indicati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative su base nazionale. In caso di concorso per posti di livello apicale un esperto sarà designato dalla regione;

p) per l'accesso a posizioni funzionali che richiedano particolare preparazione professionale potrà essere stabilita quale titolo aggiuntivo la frequenza a corsi di qualificazione od a scuole post-universitarie e di specializzazione;

q) in caso di inerzia dell'unità sanitaria locale nel bandire ed espletare le conseguenti procedure per la copertura dei posti vacanti, il competente organo regionale potrà adottare le idonee misure sostitutive;

r) la commissione di disciplina dovrà essere composta: dal presidente dell'unità sanitaria locale o da un componente del comitato di gestione da lui delegato, che la presiede; da un magistrato o da un esperto in materie giuridiche, designato dall'ordine degli avvocati della circoscrizione del tribunale ove ha sede l'unità sanitaria locale, e da un medico legale, designato dall'ordine dei medici della provincia, nonchè da quattro dipendenti del servizio sanitario nazionale in posizione funzionale non inferiore a quella dell'incolpato, dei quali due designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e due designati dal comitato di gestione. La commissione è integrata da un membro, con voto consultivo, designato dal competente ordine professionale qualora l'incolpato risulti iscritto ad un ordine professionale.

TITOLO II

NORME PER L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Art. 3.

(*Aggiornamento professionale*)

1. In conformità a quanto disposto dal numero 6) del terzo comma dell'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per il personale dipendente, e dal numero 10) del

terzo comma dell'articolo 48 della citata legge n. 833, l'aggiornamento obbligatorio professionale costituisce diritto-dovere di ogni sanitario e di ogni operatore del servizio sanitario nazionale.

2. Il Ministro della sanità, sentito il parere delle regioni e delle province autonome, stabilisce, con propri decreti, programmi generali e speciali, annuali e pluriennali, di aggiornamento obbligatorio funzionali alla realizzazione degli obiettivi fissati dal piano sanitario nazionale.

3. Tali programmi possono prevedere non solamente attività didattiche teoriche, ma anche periodi di tirocinio e di frequenza obbligatoria presso strutture del servizio sanitario nazionale, della facoltà di medicina o strutture pubbliche con esso convenzionate, diverse da quelle cui il dipendente è assegnato, e periodi di frequenza a carattere residenziale dell'operatore convenzionato presso strutture del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionate.

4. Per quanto concerne i medici dipendenti e convenzionati i programmi di cui al comma 3 sono adottati previo parere del Consiglio superiore di sanità e del Consiglio sanitario nazionale.

5. In relazione ai programmi di cui al comma 3 il Comitato interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministro della sanità, stabilisce annualmente la quota del fondo sanitario nazionale che le regioni devono destinare al finanziamento delle attività di formazione permanente e di aggiornamento professionale dei medici dipendenti e convenzionati, distintamente, e del restante personale.

6. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono, entro trenta giorni dalla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana dei provvedimenti previsti dai precedenti commi, alla approvazione del programma regionale applicativo di quello nazionale, con le integrazioni e modifiche richieste da motivate, specifiche esigenze dell'assistenza sanitaria alla popolazione, sentite le organizzazioni sindacali e professionali interessate.

Art. 4.

(*Organizzazione dei corsi*)

1. Alla organizzazione e gestione dei corsi e delle altre attività di aggiornamento previste dal programma regionale provvedono le unità sanitarie locali sulla base di un programma locale definito di intesa con le organizzazioni sindacali interessate e gli ordini o i collegi provinciali delle diverse professioni sanitarie, avvalendosi di istituzioni scientifiche e culturali, pubbliche o private, con priorità per quelle inserite nel territorio.

2. Le istituzioni di cui al comma 1 operano mediante convenzioni, sotto la vigilanza delle unità sanitarie locali, che potranno avvalersi a questo scopo degli ordini o dei collegi professionali.

3. A ciascun corso di aggiornamento è preposto un delegato dell'unità sanitaria locale coadiuvato da un rappresentante dell'ordine o del collegio professionale scelto dal consiglio direttivo tra gli iscritti nell'albo con adeguata anzianità di effettivo esercizio nella disciplina oggetto del corso.

4. Nell'attuazione dei compiti ad esse affidati, le istituzioni di cui al comma 1 utilizzano di norma, ai fini didattici e formativi, personale dipendente o convenzionato appartenente al servizio sanitario nazionale e personale operante nelle strutture universitarie, soprattutto della facoltà di medicina, convenzionate ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Possono altresì essere stipulati contratti per prestazioni didattiche con esperti italiani e stranieri di riconosciuta competenza.

Art. 5.

(*Verifica e attestato di profitto*)

1. I corsi di aggiornamento professionale, le attività di tirocinio pratico ed i periodi di frequenza residenziale si concludono con la verifica, a cura del delegato dell'unità sanitaria locale competente e dei docenti, del

profitto tratto da ciascun partecipante. Qualora la verifica abbia esito positivo è rilasciato al partecipante un certificato, firmato dal legale rappresentante della istituzione abilitata, nel quale deve essere attestata, oltre alla natura e finalità del corso, la assiduità della frequenza e deve essere formulato un sintetico giudizio sul profitto trattone dal partecipante, con l'attribuzione di un punteggio espresso in centesimi.

2. Il personale sanitario è ammesso alle attività di aggiornamento con criteri di rotazione che debbono assicurare la partecipazione di ciascun operatore, nell'arco temporale fissato ai sensi del comma 2 dell'articolo 3, ad almeno un corso di aggiornamento professionale nella disciplina o settore di attività assegnato.

3. Il comportamento di colui che senza giustificato motivo si sottrae alle attività di aggiornamento professionale obbligatorio, organizzate ai sensi della presente legge, e il mancato conseguimento per due volte consecutive dell'attestato di cui al comma 1 formano oggetto di valutazione sotto il profilo deontologico del rispettivo ordine o collegio professionale e vengono considerati, nella valutazione in sede concorsuale del *curriculum* formativo e professionale, con particolari detrazioni da stabilirsi dal decreto di cui all'articolo 2 della presente legge.