SENATO DELLA REPUBBLICA

VIII LEGISLATURA

(N. 2272)

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro della Sanità

(ALTISSIMO)

di concerto col Ministro del Tesoro

(GORIA)

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 26 APRILE 1983

Misure di carattere organizzativo per il Servizio sanitario nazionale

ONOREVOLI SENATORI. — Nel settore sanitario la manovra di riduzione della spesa, già in atto, deve essere accompagnata da alcune misure di carattere organizzativo che l'esperienza fin qui acquisita induce a considerare essenziali ai fini della governabilità del sistema.

Viene in primo luogo accentuata la partecipazione della componente manageriale e tecnica alla gestione dell'unità sanitaria locale.

A tal fine si potenzia il ruolo dei coordinatori, sanitario e amministrativo, rendendo obbligatoria la partecipazione dei medesimi alle sedute dell'assemblea e del comitato di gestione, con voto consultivo su ogni affare, e la controfirma di tutti gli atti, salvo quelli di mera esecuzione. Viene, peraltro, posto a carico del coordinatore amministrativo il divieto di controfirmare, in ogni caso, gli atti di impegno di spesa eccedente gli stanziamenti di bilancio, onde evitare l'emanazione di provvedimenti sprovvisti di copertura finanziaria (art. 1).

Inoltre, al fine di adeguare l'azione delle unità sanitarie locali alle effettive esigenze di tutela sanitaria della popolazione, si prevede il coinvolgimento delle professionalità tecnico-sanitarie operanti nelle USL nelle decisioni di maggiore importanza degli organi di gestione: ciò mediante un apposito comitato che deve essere obbligatoriamente sentito sugli atti a contenuto generale, sui piani e programmi di attività, sull'organizzazione generale dei servizi, sull'istituzione e modificazione della pianta organica e sull'acquisto delle attrezzature di particolare rilievo economico, sanitario e scientifico. È demandata alla legge regionale la disci-

TIPOGRAFIA DEL SENATO (500) — 2-3-4

plina delle modalità di funzionamento e di elezione. Analogo comitato viene istituito nei presìdi ospedalieri e nei presìdi e servizi multizonali, con funzioni di consulenza del comitato di amministrazione di cui al successivo articolo. La legge regionale determina inoltre la composizione del comitato tecnico, da istituire, presso i presìdi e servizi multizonali di cui agli articoli 16, 22 e 36, terzo e quarto comma, della legge n. 833 del 1978, in relazione alle specifiche caratteristiche strutturali e funzionali di questi ultimi. Nelle more della disciplina regionale concernente i comitati predetti, vengono dettate norme transitorie per consentire l'immediata attivazione dei medesimi (art. 2).

Con l'articolo 3 si introducono alcune importanti modifiche nella struttura e nella organizzazione delle USL, imposte dalla necessità di migliorare la razionalità e la funzionalità dei servizi.

Va in proposito considerato che nelle USL la struttura più complessa è rappresentata dagli ospedali, la cui gestione assorbe da sola circa il 60 per cento del Fondo sanitario nazionale.

L'esperienza del primo triennio di vita delle USL ha dimostrato che è necessario realizzare negli ospedali una conduzione a forte valenza manageriale e tecnico-sanitaria oltrechè una continuità di attenzione e di presenza che i comitati di gestione, nella loro attuale composizione, non sono in grado di assicurare.

Peraltro va tutelata l'esigenza di fondo di conservare l'unitarietà del bilancio e delle scelte programmatiche dell'USL, rappresentando ciò un caposaldo della legge di riforma sanitaria.

La soluzione della duplice esigenza può essere validamente ricercata nell'impianto economico-finanziario delle USL. Ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 595 del 1980, le USL hanno adottato dal 1981 il bilancio per funzioni; per conseguenza, nel quadro delle indicazioni di piano adottate dall'assemblea generale, annualmente i fondi assegnati alle USL vengono distribuiti dal comitato di gestione in sede di previsione per « funzione ». Poichè ogni funzione di spesa è analiticamente individuata secondo le voci economiche che la compongono (personale, beni e servizi, oneri finanziari, ecc.), è possibile — senza contraddire l'unicità di bilancio — affidare la gestione operativa della sola funzione ospedaliera (al netto dell'assistenza convenzionata presso case di cura o altre istituzioni di ricovero autonome legate alle USL dal rapporto convenzionale *ex lege*) ad un apposito comitato amministrativo, il cui presidente, scelto dall'assemblea tra i componenti del comitato di gestione, rappresenti l'elemento di congiunzione tra le strategie di politica sanitaria dell'organo di gestione dell'USL e le esigenze tecniche e manageriali della conduzione ospedaliera, mentre il direttore sanitario e il direttore amministrativo, componenti di diritto del comitato amministrativo *de quo*, garantiscono sia la continuità di presenza sia il tecnicismo e la managerialità richiesti dalla complessità della struttura e dall'entità delle risorse gestite, anche in dialettica collaborazione con la presenza politica del presidente.

Per gli ospedali che hanno rilevanza multizonale la composizione del comitato amministrativo — ferma restando la competenza riferita alla sola « funzione ospedaliera » del bilancio unitario dell'USL — è modificata per assicurare una più incisiva presenza regionale, a garanzia delle esigenze programmatorie che esorbitano l'area di competenza della USL. In questi casi, e per le stesse ragioni, anche il collegio dei revisori della USL è integrato da due membri, designati dal Ministero della sanità e dalla regione.

Tanto chiarito, passando all'esame delle singole disposizioni, si osserva che, mentre la legge n. 833 del 1978 non pone alcun limite alla disciplina regionale della composizione dei comitati di gestione delle USL e delle modalità di elezione dei relativi membri, si prevede, innanzitutto, per esigenze di omogeneità, che i comitati medesimi siano composti, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascuna USL, la cui valutazione viene riservata alla legge regionale, da un numero di membri compreso tra un massimo di nove ed un minimo di cinque, no-

minati, mediante elezione con voto limitato — al fine di garantire la rappresentanza delle minoranze — alla metà più uno dei componenti, dall'assemblea generale della stessa USL. Inoltre, in considerazione dell'importanza delle funzioni che sono chiamati a svolgere, si dispone che i membri del comitato di gestione siano nominati sulla base di obiettivi requisiti di professionalità, predeterminati in via generale con atto di indirizzo e di coordinamento.

Si rileva poi la necessità di eliminare gli inconvenienti dipendenti dall'accentramento in unica sede decisionale dei provvedimenti riguardanti le strutture sanitarie di maggiore rilievo: tutti i presìdi ospedalieri ed i presìdi e servizi multizonali di cui agli articoli 16, 22 e 36, terzo e quarto comma, della legge n. 833 del 1978.

La disciplina della predetta legge comporta, infatti, da un lato, che i comitati di gestione sono gravati da una notevole mole di adempimenti, richiedenti per lo più una specifica preparazione tecnico-amministrativa, e, dall'altro, che si avverte la mancanza di un centro decisionale preposto in via esclusiva alla trattazione delle questioni man mano emergenti nell'ambito delle suindicate strutture, mal conciliandosi, tra l'altro, la cadenza periodica delle riunioni del comitato di gestione della USL con le esigenze di celerità nell'adozione dei provvedimenti imposti dalle situazioni di emergenza. Per ovviare a queste disfunzioni, si dispone che la gestione dei presìdi ospedalieri non multizonali è attribuita ad un comitato amministrativo composto da un membro nominato dall'assemblea generale della USL fra i componenti il comitato di gestione, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo capo servizio responsabili del presidio stesso. Per i presìdi ospedalieri multizonali, invece, individuati dalla regione secondo criteri prefissati con atto di indirizzo e di coordinamento, il comitato di amministrazione è formato, in relazione alla dimensione territoriale degli interessi coinvolti, da un membro nominato dalla regione, con funzioni di presidente, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo capo servizio responsabili del presidio, nonchè da due membri forniti di specifica competenza tecnica o amministrativa nominati rispettivamente dall'assemblea generale della USL e dalla regione. Al comitato amministrativo e al presidente del comitato amministrativo dei presìdi ospedalieri e dei presìdi multizonali ospedalieri sono attribuite le funzioni di competenza, rispettivamente, del comitato di gestione e del presidente del comitato di gestione della USL. Viene espressamente precisato che restano ferme le competenze dell'assemblea generale e del collegio dei revisori della USL, al fine di salvaguardare l'unità del bilancio e della pianificazione dell'attività della USL medesima, nonchè l'attuale assetto dei controlli interni.

Si demanda alla legge regionale una analoga disciplina per quanto attiene agli organi di gestione dei presìdi e servizi multizonali di cui agli articoli 16, 22 e 36, terzo e quarto comma, della legge n. 833 del 1978, in relazione alla peculiarità delle caratteristiche concrete di dette strutture.

Parallelamente si rafforzano i controlli sulle USL in cui sono ubicati presìdi multizonali ospedalieri, disponendo che il relativo collegio dei revisori è integrato da due membri designati dal Ministro della sanità e dalla regione.

Si stabilisce, in fine, conformemente al disposto dell'articolo 10, secondo comma, della legge 10 febbraio 1953, n. 62, che le regioni sono tenute ad adeguare, entro novanta giorni, la propria legislazione alle disposizioni di cui all'articolo in esame.

Gli articoli 4 e 5 riproducono testualmente norme del progetto di piano sanitario nazionale, che hanno già riportato l'assenso pressochè unanime della Commissione sanità del Senato.

Con l'articolo 4 si tende a rafforzare la vigilanza dei poteri centrali sulla gestione delle USL.

Viene disposto che le medesime sono tenute a fornire a fine esercizio un rendiconto separato ed una relazione sulle attività svolte con i fondi a destinazione vincolata: trattandosi di attività di rilevanza strategica nel quadro della programmazione sanita-

ria, ben si comprende l'interesse a disporre, a livello centrale, di una ulteriore documentazione in proposito (primo comma).

L'articolo 50 della legge n. 833 del 1978 dispone che i dati relativi ai rendiconti trimestrali delle USL affluiscano ai Ministeri della sanità e del tesoro tramite le regioni. Per evitare che i tempi di acquisizione, a livello centrale, dei dati complessivi per ciascuna regione siano rapportati a quelli della USL che, nell'ambito della regione medesima, curi per ultima gli adempimenti di competenza, si stabilisce che i rendiconti trimestrali ed i consuntivi annuali siano inviati direttamente, oltre che alla regione, al Ministero della sanità. Copia della documentazione allegata ai rendiconti trimestrali ed ai consuntivi annuali dovrà essere, invece, trasmessa solo nel caso che il Ministero della sanità, ritenendola necessaria, ne faccia apposita richiesta (commi secondo e terzo).

Stante il preminente interesse a che l'eventuale inerzia dei poteri locali non ostacoli l'attivazione del collegio dei revisori dei conti di cui all'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181, si stabilisce che detto collegio è costituito ed esercita le proprie attribuzioni con la designazione e la partecipazione della maggioranza dei suoi componenti (quarto comma).

Per stimolare gli amministratori delle USL ad operare in perfetta aderenza alle reali esigenze assistenziali ed in conformità ad un uso ottimale delle risorse, si prevede che la relazione trimestrale, che il collegio predetto è tenuto ad inviare alla regione ed ai Ministeri della sanità e del tesoro, non sia limitata a valutazioni sulla regolarità formale dei singoli atti, ma concerna anche i risultati della complessiva gestione (quinto comma).

Le citate disposizioni, ricorrendo analoghe esigenze, si applicano anche alla costituzione, al funzionamento ed alle relazioni del collegio dei revisori dei conti degli istituti a carattere scientifico (sesto comma).

Si ravvisa la necessità di evitare che il fondo sanitario sia gravato di spese improprie, quale riflesso di un orientamento, maturatosi in sede locale già prima dell'emanazione della legge di riforma sanitaria, favorevole all'unificazione dei servizi sociali e sanitari.

Si ribadisce, pertanto, con l'articolo 5 che, in attesa della riforma dell'assistenza, le attività di tipo socio-assistenziale e l'utilizzazione del relativo personale restano completamente a carico dei bilanci degli enti locali. Correlativamente, si fa espresso divieto di iscrivere, nei ruoli nominativi regionali, personale che non sia appartenuto ai servizi sanitari trasferiti, oppure che sia stato assunto successivamente dalle USL per l'espletamento di attività non rientranti nei compiti propri del Servizio sanitario nazionale.

Lo stesso articolo 5, inoltre, commina la nullità di diritto degli atti adottati in violazione di tali divieti, nonchè di quelli privi in tutto o in parte della copertura finanziaria, e prevede esplicitamente la conseguente responsabilità diretta degli amministratori che li adottino.

Per rendere più efficiente l'attuale assetto dei controlli sulle USL, i poteri di controllo sostitutivo, già attribuiti alla regione dal più volte richiamato articolo 13 della legge n. 181 del 1982 per riportare in equilibrio il conto di gestione, sono, dall'ultimo comma dell'articolo 5, estesi, con la previsione della possibilità di scioglimento, al limite, del comitato di gestione, ai provvedimenti posti a carico delle USL stesse dalla legge 7 agosto 1982, n. 526, nonchè a tutti gli altri adempimenti imposti da atti normativi o da atti di indirizzo e di coordinamento (i quali ultimi, ancorchè diretti alle regioni, in effetti possono prevedere adempimenti obbligatori anche a carico degli enti locali e delle loro strutture operative).

Infine, l'articolo 6 trae la sua giustificazione dalla circostanza che, in mancanza di un modello definito dalla legge di riforma, le regioni hanno disciplinato, con proprie leggi, la tipologia delle USL. L'esame comparato di tali leggi pone in evidenza differenze di impostazione non giustificate da effettive diversità di statuti o di situazioni locali. Esigenze di carattere unitario, non-

chè di rigore e di efficacia della spesa sanitaria, impongono quindi che, ai sensi dell'articolo 5 della legge n. 833 del 1978, si provveda, con atto di indirizzo e coordinamento, a stabilire, tenuto conto della legislazione regionale in materia, i servizi essenziali delle USL, individuati per grandi aree funzionali omogenee, da prevedere obbligatoriamente. In tal modo si dovrebbe altresì innescare un processo di attivazione, nelle zone attualmente sfornite, delle strutture necessarie ad assicurare un livello minimo irrinunciabile di assistenza sanitaria.

La citata legge 7 agosto 1982, n. 526, recante « Provvedimenti urgenti per lo sviluppo dell'economia », prevede all'articolo 1 che « il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e le organizzazioni sindacali degli operatori sanitari interessati, con proprio decreto, da emanarsi entro il 31 dicembre 1982, definisce, per le forme morbose di più alta rilevanza sociale, i protocolli relativi ai mezzi di diagnostica strumentale ed ai mezzi terapeutici ».

La norma appare di difficile attuazione in quanto:

presenta profili problematici per quanto attiene all'esatta individuazione delle organizzazioni sindacali da consultare;

protocolli vincolanti, sia sul piano diagnostico che sul piano terapeutico, verrebbero considerati dalla classe medica incompatibili con le esigenze di autonomia della attività professionale.

Pertanto, l'articolo 7, in sintonia con gli orientamenti emersi in Senato nel corso dei lavori concernenti il piano sanitario nazionale:

dispone che le organizzazioni sindacali da coinvolgere sono quelle dei medici firmatarie dell'accordo di cui all'articolo 47 e delle convenzioni di cui all'articolo 48 della legge di riforma sanitaria;

precisa che i protocolli, limitati a finalità di carattere diagnostico, con riferimento alle forme morbose di rilevanza sociale, nonchè al monitoraggio della gravidanza (presentando i protocolli terapeutici difficoltà pressochè insormontabili di elaborazione e di attuazione), hanno semplicemente valore di indirizzo e di aggiornamento, senza alcun carattere di limitazione dell'autonomia professionale del medico.

Lo stesso articolo stabilisce, peraltro, che solo gli esami inclusi nei protocolli sono a carico del Servizio sanitario nazionale.

In tal modo, mentre si consente al medico di richiedere tutti gli esami che ritiene necessari, secondo scienza e coscienza, ai fini della diagnosi, si fa, per esigenze di contenimento della spesa sanitaria, gravare sugli assistiti l'onere degli accertamenti diagnostici non previsti dai prontuari.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

Il coordinatore sanitario e il coordinatore amministrativo dell'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale partecipano, con voto consultivo, alle sedute dell'assemblea generale e del comitato di gestione delle unità sanitarie locali ed hanno l'obbligo di pronunciarsi su ogni affare; nei verbali delle sedute dovrà darsi atto, in caso di dissenso, del voto motivato da loro espresso.

Tutti gli atti di amministrazione della unità sanitaria locale, ad eccezione di quelli di mera esecuzione, devono essere controfirmati dal coordinatore sanitario e dal coordinatore amministrativo, i quali sono esonerati dalle conseguenti responsabilità soltanto nei casi in cui abbiano fatto constare espressamente il loro motivato dissenso.

Il coordinatore amministrativo non può in nessun caso controfirmare atti di impegno di spesa eccedente gli stanziamenti di bilancio.

In caso di assenza o di impedimento del coordinatore sanitario o del coordinatore amministrativo le funzioni di cui al presente articolo sono svolte rispettivamente dal sanitario o dal funzionario amministrativo con più anzianità nella posizione funzionale apicale del ruolo di appartenenza, che siano componenti dell'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale.

Art. 2.

In ogni unità sanitaria locale è istituito un comitato tecnico con funzioni di consulenza tecnica dell'assemblea generale e del comitato di gestione dell'unità sanitaria locale stessa, composto dal personale medico, farmacista e veterinario appartenente alle posizioni funzionali apicali e da rappresentanti di detto personale di posizione funzio-

nale inferiore eletti dal personale stesso in numero non superiore ai due quinti dei componenti il comitato. Fanno altresì parte del comitato due rappresentanti di livello apicale del personale infermieristico e tecnico-sanitario eletti ciascuno nell'ambito del personale medesimo, nonchè un rappresentante della medicina generica di base e un rappresentante della specialistica ambulatoriale erogata nelle strutture pubbliche extra-ospedaliere, designati dalle organizzazioni sindacali di categoria firmatarie degli accordi nazionali unici di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il personale dei presìdi ospedalieri e dei presìdi e servizi multizonali è rappresentato, nel comitato tecnico dell'unità sanitaria locale ove ha sede il presidio o servizio, dal direttore sanitario del presidio ospedaliero o dal dirigente responsabile del presidio o servizio multizonale.

Il comitato tecnico deve essere sentito sugli atti a contenuto generale, sui piani e programmi di attività, sull'organizzazione e articolazione dei servizi, sulla istituzione e modificazione della pianta organica e sull'acquisto delle attrezzature che rivestono particolare rilevanza economica, sanitaria e scientifica. Si prescinde dal parere se non espresso entro un congruo termine stabilito dall'organo richiedente.

La legge regionale disciplina le modalità di funzionamento del comitato e quelle di elezione dei componenti elettivi. La partecipazione al comitato non dà in ogni caso titolo a compensi.

Nei presìdi ospedalieri e nei presìdi e servizi multizonali è istituito un apposito comitato tecnico, con funzioni di consulenza del comitato di amministrazione dei presìdi e servizi di cui al successivo articolo 3. La composizione del comitato, salvo quanto disposto nel successivo comma, è disciplinata in conformità al primo comma.

La legge regionale disciplina, in stretta analogia con quanto previsto dal primo comma, la composizione del comitato tecnico dei presìdi e servizi di cui agli articoli 16, 22 e 36, terzo e quarto comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in relazione

alla specifica attività svolta dai presìdi e servizi stessi.

Fino all'emanazione delle leggi regionali previste dal presente articolo, fanno parte del comitato tecnico solo i componenti non elettivi appartenenti alle posizioni funzionali apicali di cui al primo comma e per il funzionamento del comitato stesso si applicano, per la parte compatibile, le norme sul funzionamento del comitato di gestione della unità sanitaria locale.

Art. 3.

I comitati di gestione delle unità sanitarie locali sono composti, in rapporto alle specifiche esigenze gestionali di ciascuna unità sanitaria locale riconosciute dalla legge regionale, da un numero di membri non inferiore a cinque e non superiore a nove, nominati, mediante elezione con voto limitato alla metà più uno dei componenti, dall'assemblea generale dell'unità sanitaria locale.

I membri dei comitati di gestione devono essere forniti di competenza tecnica o amministrativa. Ai sensi dell'articolo 5, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono stabiliti criteri obiettivi per la individuazione di categorie professionali nell'ambito delle quali deve effettuarsi, in tutto o in parte, la scelta dei membri dei comitati di gestione.

La gestione dei presìdi ospedalieri è attribuita ad un comitato amministrativo composto da un membro, fornito di specifica competenza tecnica o amministrativa, nominato dall'assemblea generale dell'unità sanitaria locale fra i componenti il comitato di gestione dell'unità sanitaria locale medesima, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo capo servizio responsabili del presidio.

La gestione dei presìdi multizonali ospedalieri di cui all'articolo 18 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, individuati dalla regione secondo i criteri fissati con deliberazione del Consiglio dei Ministri, ai sensi dell'articolo 5 della predetta legge, in rapporto alla popolazione servita, al numero

dei posti-letto, alle caratteristiche della specializzazione, all'attività didattica, scientifica e di ricerca e alla dotazione strumentale, diagnostica e terapeutica dei presìdi stessi, è attribuita ad un comitato amministrativo composto da un membro nominato dalla regione, con funzioni di presidente, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo capo servizio responsabili del presidio, da due membri forniti di specifica competenza tecnica o amministrativa, nominati rispettivamente dall'assemblea generale dell'unità sanitaria locale e dalla regione.

Ferme le funzioni dell'assemblea generale e del collegio dei revisori dell'unità sanitaria locale di cui fanno parte, il comitato e il presidente del comitato amministrativo dei presìdi ospedalieri e dei presìdi multizonali ospedalieri compiono tutti gli atti di amministrazione attribuiti al comitato di gestione e al presidente del comitato di gestione dell'unità sanitaria locale.

La legge regionale disciplina, in analogia con quanto previsto dal presente articolo, gli organi di gestione dei presìdi e servizi multizonali di cui agli articoli 16, 22 e 36, terzo e quarto comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il collegio dei revisori delle unità sanitarie locali, in cui sono ubicati presìdi multizonali ospedalieri, è integrato da due membri designati dal Ministro della sanità e dalla regione.

Le regioni provvedono ad adeguare la propria legislazione alle disposizioni di cui al presente articolo entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Sono abrogate, per la parte incompatibile con le norme del presente articolo, le disposizioni della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 4.

Le unità sanitarie locali sono tenute a fornire a fine esercizio rendiconto separa-

to ed una relazione sulle attività svolte con i fondi a destinazione vincolata, da allegare ai rendiconti previsti dall'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Le unità sanitarie locali sono tenute ad inviare i rendiconti trimestrali e i consuntivi annuali anche al Ministero della sanità, entro i termini previsti dall'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Copia della documentazione allegata ai rendiconti trimestrali e ai consuntivi annuali dovrà essere trasmessa dietro specifica richiesta del Ministero della sanità.

Il collegio dei revisori dell'unità sanitaria locale, previsto dall'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181, è costituito ed esercita le proprie attribuzioni con la designazione e la partecipazione della maggioranza dei componenti.

Le relazioni del collegio dei revisori sulla gestione amministrativo-contabile devono riguardare, oltrechè gli aspetti della regolarità giuridico-amministrativa e contabile, anche l'esame dei risultati della complessiva gestione con specifico riferimento alle esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria.

Le disposizioni di cui ai due commi precedenti si applicano anche alla costituzione, al funzionamento ed alle relazioni del collegio dei revisori dei conti degli istituti a carattere scientifico, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 617.

Art. 5.

È fatto divieto alle unità sanitarie locali di far gravare sulla quota di fondo sanitario nazionale spese ed oneri per attività diverse da quelle di carattere sanitario.

In attesa della riforma dell'assistenza, le attività di tipo socio-assistenziale e l'utilizzazione del relativo personale restano nella competenza degli enti locali. Questi possono avvalersi in tutto o in parte delle unità sanitarie locali per l'esercizio delle proprie attribuzioni in materia, facendosi completamente carico della relativa spesa.

È vietata l'iscrizione nei ruoli nominativi regionali di personale che non sia appartenuto ai servizi sanitari trasferiti. È altresì vietata l'iscrizione di personale che sia stato assunto successivamente dalle unità sanitarie locali per l'espletamento di attività non rientranti nei compiti propri del Servizio sanitario nazionale.

I provvedimenti adottati in violazione dei divieti di cui ai commi precedenti nonchè quelli privi in tutto o in parte della necessaria copertura finanziaria sono nulli di diritto e comportano la responsabilità diretta e solidale degli amministratori e dei coordinatori.

In caso di inerzia o di ingiustificato ritardo delle unità sanitarie locali nella cura degli adempimenti previsti dagli articoli 1, 3, 5 e 7 della legge 7 agosto 1982, n. 526, nonchè in ogni altro caso di ingiustificata inottemperanza ad obblighi imposti da atti normativi o da atti di indirizzo e di coordinamento emanati ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le regioni, previa diffida, adottano i provvedimenti omessi o comunque necessari, anche mediante l'invio di appositi commissari. Nell'ipotesi di reiterati gravi inadempimenti, la regione può disporre lo scioglimento del comitato di gestione, nominando un commissario per il tempo strettamente necessario alla ricostituzione del comitato medesimo.

Art. 6.

Ai sensi dell'articolo 5, primo e secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, saranno stabiliti, tenuto conto della legislazione regionale vigente in materia, i servizi essenziali delle unità sanitarie locali, individuati per grandi aree funzionali omogenee, da prevedere obbligatoriamente in ogni unità sanitaria locale al fine di assicurare una organizzazione unitaria e pervenire ad una maggiore uniformità normativa, amministrativa e contabile-finanziaria.

Art. 7.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità, d'intesa con le organizzazioni sindacali dei medici firmatarie dell'accordo di cui all'articolo 47 e delle convenzioni di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, adotta, sentiti il Consiglio superiore di sanità e il Consiglio sanitario nazionale, i protocolli diagnostici afferenti le forme morbose di rilevanza sociale nonchè il monitoraggio della gravidanza.

Tali protocolli, aventi carattere di indirizzo per le prescrizioni, per la informazione agli utenti, per l'aggiornamento professionale dei medici e per i controlli sui flussi di spesa, sono sottoposti a periodiche revisioni almeno ogni biennio.

Gli oneri relativi alle indagini e agli accertamenti diagnostici, richiesti dai medici convenzionati al di fuori delle indicazioni dei protocolli, non possono far carico al Servizio sanitario nazionale.