

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2909

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**DE POLI, NUNZIO FRANCESCO TESTA, ANNA TERESA FORMISANO,
CAPITANIO SANTOLINI, CICCANTI, CIOCCHETTI, DELFINO, RAO**

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di organizzazione delle aziende sanitarie locali, di livelli di assistenza per le prestazioni sociali e di dirigenza medica, nonché delega al Governo per il trasferimento delle competenze in materia di formazione del personale dalle università al Servizio sanitario nazionale

Presentata il 10 novembre 2009

ONOREVOLI COLLEGHI! — In questi ultimi anni si è assistito a un processo di « aziendalizzazione » della sanità che ha messo in risalto la necessità di una nuova normativa in grado di dare trasparenza e garanzie nella scelta dei direttori generali e dei responsabili di unità ospedaliere complesse.

Le forze politiche e sindacali più rappresentative hanno espresso l'esigenza di intervenire sulla normativa vigente al fine di mitigare l'attuale potere del direttore generale e di coinvolgere maggiormente i medici e gli altri dirigenti sanitari, ora del tutto estromessi, nel governo delle attività cliniche e nelle scelte strategiche delle aziende sanitarie.

La presente proposta di legge trae origine dalla profonda evoluzione che negli ultimi anni ha interessato le aziende sanitarie.

Con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si è assistito a un rafforzamento dei poteri di gestione da parte del direttore generale delle aziende sanitarie, ma lo stesso decreto è oggi superato in tanti aspetti e indicazioni.

Con la presente proposta di legge si vuole ridare al Servizio sanitario nazionale ordine, trasparenza funzionale e gestionale e credibilità.

Non si intende mettere in discussione i principi posti alla base del Servizio sanitario nazionale, definiti dalla Riforma sa-

nitaria originaria (legge 23 dicembre 1978, n. 833) e dal citato decreto legislativo n. 502 del 1992, bensì tutelare la salute predisponendo puntuali priorità e strategie a difesa di essa, al fine di assicurare alla popolazione adeguati finanziamenti e risorse.

L'universalità dell'accesso, la globalità dell'approccio (prevenzione, cura e riabilitazione), l'appropriatezza, la competenza regionale, come pure la titolarità delle competenze sull'assistenza sociale ai comuni, costituiscono un patrimonio positivo da salvaguardare.

Le proposte di riforma fino ad oggi attuate riguardano alcuni aspetti rivelatisi non in grado di assicurare la corretta attuazione di tali principi e diritti relativi all'organizzazione e alla gestione dei servizi.

La presente proposta di legge prevede, pertanto, alcune modifiche al citato decreto legislativo n. 502 del 1992, disponendo un programma di gestione e di miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'attività medica, generalmente operata a livello di dipartimento di azienda sanitaria locale ed ospedaliera.

La proposta di legge, composta da dodici articoli, individua, all'articolo 1, le norme sull'organizzazione delle aziende sanitarie locali, disponendo modifiche agli articoli 3 e 17 del decreto legislativo n. 502 del 1992. Le nuove disposizioni sanciscono un maggiore coinvolgimento dei medici e dei dirigenti sanitari nel governo delle attività cliniche, stabilendo, altresì, che il collegio di direzione diventa organo dell'azienda sanitaria locale.

L'articolo 2 prevede programmi di sperimentazione aventi ad oggetto la gestione unificata attuata da un'apposita azienda pubblica in ambiti territoriali omogenei, delle prestazioni sanitarie, delle prestazioni socio-sanitarie, di cui all'articolo 3-septies del decreto legislativo n. 502 del 1992, nonché delle prestazioni sociali, di cui all'articolo 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328, garantendo anche per i servizi sociali una gestione manageriale.

L'articolo 3 stabilisce che i direttori generali sono nominati dalle regioni, che

dispongono i criteri e i sistemi di valutazione e verifica della loro attività.

L'articolo 4 aggiunge ai compiti assegnati al sindaco e alla conferenza dei sindaci il parere obbligatorio sui provvedimenti del direttore generale, prima della loro adozione. Inoltre, il sindaco o la conferenza dei sindaci, a tali fini, può avvalersi di esperti, che abbiano i requisiti richiesti per la nomina a direttore generale, o di rappresentanti delle associazioni dei cittadini maggiormente rappresentative a livello locale. Le valutazioni riguardano anche l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS).

L'articolo 5 prevede, per quanto riguarda la revoca del direttore generale, che il sindaco o la conferenza dei sindaci abbiano facoltà di iniziativa nei confronti della regione.

L'articolo 6 dispone che, per il personale convenzionato, la convenzione stabilisca le forme e le modalità per un inserimento più efficace e organico di tali professionisti nell'organizzazione del distretto, nonché per la formazione obbligatoria e continua nelle strutture di cura dell'azienda sanitaria locale.

L'articolo 7 prevede che il Governo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il parere delle competenti Commissioni parlamentari, definisca, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della disposizione, i LIVEAS in analogia a quanto previsto per i LEA.

L'articolo 8 dispone che ai policlinici universitari si applicano le norme previste per le aziende ospedaliere universitarie integrate. In caso di disequilibrio di bilancio, la regione, d'intesa con l'università, nomina un commissario per la gestione della fase transitoria fino alla trasformazione in azienda ospedaliero-universitaria integrata.

L'articolo 9 contiene una delega al Governo finalizzata all'adozione di uno o più decreti legislativi recanti norme intese a garantire che le competenze in materia di formazione del personale sanitario e

socio-sanitario siano trasferite dalle università al Servizio sanitario nazionale, così come avviene in molti Paesi membri dell'Unione europea.

L'articolo 10 stabilisce che il Governo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge, provveda a dare attuazione a quanto disposto dall'articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992 in materia di Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 11 prevede che il Governo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e con l'Agenzia nazionale per i servizi

sanitari regionali definisca un piano pluriennale per assicurare l'equilibrio di bilancio delle regioni, la cui gestione è attribuita a un commissario. Le regioni già in equilibrio di bilancio possono collaborare con il commissario nella predisposizione e nell'applicazione dei provvedimenti previsti dal piano.

L'articolo 12 stabilisce che sono dirigenti i direttori di dipartimento, di unità operativa complessa, di unità operativa semplice a valenza dipartimentale e di unità operativa semplice; prevede, inoltre, che i contratti collettivi nazionali di lavoro, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, disciplinino gli aspetti giuridici, organizzativi ed economici della dirigenza medica.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Organizzazione delle aziende sanitarie locali).

1. Al comma 1-*quater* dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il primo periodo è sostituito dal seguente: « Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale »;

b) il quinto periodo è sostituito dal seguente: « Il direttore generale si avvale del collegio di direzione per le attività indicate all'articolo 17 ».

2. All'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 è sostituito dai seguenti:

« 1. In ogni azienda è istituito il Collegio di direzione, che concorre alla pianificazione strategica delle attività e degli sviluppi gestionali e organizzativi, alla definizione di linee guida per l'attività diagnostico-terapeutica, all'individuazione degli indicatori di efficienza e dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, nonché alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione esprime parere obbligatorio al direttore generale sull'attività aziendale, sui programmi di ricerca e di formazione, sugli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale e sul piano aziendale di formazione del personale medico e sanitario.

1-bis. Le decisioni del direttore generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione sono adottate con provvedimento motivato »;

b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

« 2. La regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione di diritto del direttore sanitario e amministrativo e, ove esistente, del coordinatore sociale, nonché la partecipazione di rappresentanti dei direttori di distretto, di presidio e di dipartimento, dei direttori di unità operativa complessa che non siano anche direttori di dipartimento, dei dirigenti medici, degli infermieri e, solo nelle aziende sanitarie locali, dei medici veterinari, eletti all'interno delle rispettive categorie. Nelle aziende ospedaliero-universitarie, di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, all'interno del Collegio di direzione è assicurata la rappresentatività paritaria della componente medico-ospedaliera e di quella universitaria ».

ART. 2.

(Sperimentazioni istituzionali per la gestione unificata dell'assistenza sanitaria e sociale).

1. Dopo l'articolo 9-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è inserito il seguente:

« ART. 9-*ter.* — *(Sperimentazioni istituzionali per la gestione unificata dell'assistenza sanitaria e sociale).* — 1. Il Governo, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, provvede all'attuazione di programmi di sperimentazione aventi ad oggetto la gestione unificata, attuata da un'apposita azienda pubblica in ambiti territoriali omogenei, delle prestazioni sanitarie, delle prestazioni sociosanitarie di cui all'articolo 3-*septies* del presente decreto, nonché delle prestazioni sociali di

cui all'articolo 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328, garantendo anche per i servizi sociali una gestione manageriale ».

ART. 3.

*(Requisiti e criteri di valutazione
dei direttori generali).*

1. All'articolo 3-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 2 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Le regioni rendono nota, con congruo anticipo, adottando misure di pubblicità e di trasparenza, rese accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti *internet*, l'attivazione delle procedure per la copertura delle vacanze dei posti di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici »;

b) il comma 3 è sostituito dal seguente:

« 3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) diploma di laurea;

b) esperienza almeno quinquennale presso enti, aziende o strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso;

c) certificato di frequenza di un corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitarie. Tale requisito non è richiesto per i direttori generali in carica alla data di entrata in vigore della presente disposizione. I corsi di formazione sono organizzati, con oneri a carico dei partecipanti, dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari

regionali (AGENAS). I corsi possono essere organizzati anche dalle regioni, in ambito regionale o interregionale, in collaborazione con le università o con altri soggetti pubblici e privati accreditati e hanno valenza nazionale. Le regioni rendono noti, adottando misure di pubblicità e di trasparenza, rese accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti *internet*, i *curricula* degli aspiranti »;

c) dopo il comma 3 è inserito il seguente:

« 3-bis. I requisiti e i *curricula* di cui al comma 3 sono valutati da una commissione nominata da ogni singola regione »;

d) il primo periodo del comma 5 è sostituito dai seguenti: « Le regioni determinano preventivamente i criteri e i sistemi di valutazione e di verifica dell'attività dei direttori generali e degli obiettivi definiti e quantificati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia e alla funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati con le medesime regioni. Tali criteri e sistemi sono determinati in base a linee guida approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita l'AGENAS »;

e) al comma 6 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « La conferma o la mancata conferma del direttore generale è disposta con provvedimento motivato, pubblicato sui siti *internet* della regione e dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera interessata, nel rispetto delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 »;

f) il terzo periodo del comma 8 è sostituito dai seguenti: « Il trattamento

economico del direttore generale è stabilito dalla regione con riferimento al trattamento economico massimo complessivo, esclusa la retribuzione di risultato, previsto dalla contrattazione collettiva nazionale di lavoro per le posizioni apicali della dirigenza medica, incrementato del 20 per cento. Il suddetto trattamento economico è integrato di un'ulteriore quota, fino al 20 per cento dello stesso, previa valutazione da parte della regione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati annualmente. Il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito nella misura dell'85 per cento di quello spettante al direttore generale, ivi compresa la quota del 20 per cento, previa valutazione da parte del direttore generale sulla realizzazione degli obiettivi annualmente assegnati. Le regioni aggiornano i trattamenti economici definiti ai sensi del presente comma con le stesse decorrenze stabilite per i contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza medica ».

ART. 4.

(Parere obbligatorio del sindaco o della conferenza dei sindaci sui provvedimenti del direttore generale).

1. Al comma 14 dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Il sindaco o la conferenza dei sindaci esprime pareri obbligatori sui provvedimenti del direttore generale, prima della loro adozione. Il sindaco o la conferenza dei sindaci può, ai fini di cui al periodo precedente, avvalersi della consulenza di esperti, che abbiano i requisiti richiesti per la nomina a direttore generale, o di rappresentanti delle associazioni dei cittadini maggiormente rappresentative a livello locale. Le valutazioni riguardano anche l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza

(LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS) ».

ART. 5.

(Revoca del direttore generale).

1. Al comma 7 dell'articolo 3-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Nei casi previsti dal presente comma, il sindaco e la conferenza dei sindaci hanno facoltà di iniziativa nei confronti della regione ».

ART. 6.

(Distretti dell'azienda sanitaria locale).

1. All'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« 4-*bis*. Per il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale la convenzione stabilisce le forme e le modalità per un inserimento più efficace e organico dei professionisti nell'organizzazione del distretto, nonché per la formazione obbligatoria e continua nelle strutture di cura dell'azienda sanitaria locale ».

ART. 7.

(Integrazione socio-sanitaria).

1. All'articolo 3-*septies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« 8-*bis*. Il Governo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il parere delle competenti Commissioni parlamentari, definisce, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, i LIVEAS, in analogia a quanto previsto per i LEA ».

ART. 8.

(Aziende ospedaliere e presidi sanitari).

1. All'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« 13-bis. Ai policlinici universitari si applicano le disposizioni previste per le aziende ospedaliere universitarie integrate di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517. In caso di disequilibrio di bilancio del policlinico universitario, la regione, d'intesa con l'università, nomina un commissario per la gestione della fase transitoria, fino alla trasformazione in azienda ospedaliera universitaria integrata ».

ART. 9.

(Delega al Governo).

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e in conformità ai principi e criteri direttivi desumibili dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, uno o più decreti legislativi recanti norme per il trasferimento delle competenze in materia di formazione del personale sanitario e socio-sanitario delle università al Servizio sanitario nazionale.

ART. 10.

(Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale).

1. Il Governo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede a dare completa attuazione a quanto previsto dall'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in materia di Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

ART. 11.

(Autofinanziamento regionale).

1. All'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« 3-bis. Il Governo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e con AGENAS, definisce un piano pluriennale per assicurare l'equilibrio di bilancio delle regioni, la cui gestione è attribuita a un commissario. Le regioni in equilibrio di bilancio possono collaborare con il commissario nella predisposizione e nell'applicazione dei provvedimenti previsti dal citato piano ».

ART. 12.

(Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie).

1. All'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« 9-bis. Fermo restando quanto disposto dal presente articolo, sono compresi nella dirigenza sanitaria i direttori di dipartimento, di unità operativa complessa, di unità operativa semplice a valenza dipartimentale e di unità operativa semplice. I contratti collettivi nazionali di lavoro, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale del personale di cui al periodo precedente, disciplinano gli aspetti giuridici, organizzativi ed economici del medesimo personale ».

€ 1,00



16PDL0034820