



## **DISEGNO DI LEGGE**

**d’iniziativa dei senatori DE POLI, SACCONI e CASINI**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 23 MARZO 2018**

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

ONOREVOLI SENATORI. - 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 ospedaliera 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.

Il presente disegno 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 il presente disegno 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 sanitaria 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 riabilita-

zione), 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.

Il presente disegno 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.

Il disegno di legge, composto da undici articoli, individua, all'articolo 1, le norme sull'organizzazione delle aziende sanitarie locali, disponendo la modifica dell'articolo 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 regola il trattamento economico dei direttori generali, dei direttori sanitari e dei direttori amministrativi.

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 di assistenza sociale (LEAS).

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 LEAS 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 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 10 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 11 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.

## DISEGNO DI LEGGE

---

### Art. 1.

#### *(Organizzazione delle aziende sanitarie locali)*

1. L'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

«Art. 17. - (*Collegio di direzione*). - 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.

2. Le decisioni del direttore generale in contrasto con il parere del collegio di direzione sono adottate con provvedimento motivato.

3. 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, 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, 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.

*(Disposizioni in materia di trattamento economico dei direttori generali, sanitari e amministrativi)*

1. All'articolo 3-bis, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il terzo periodo è sostituito dai seguenti: «Il trattamento economico del direttore generale è stabilito dalla regione con riferimento al trattamento economico massimo comples-

sivo, 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, 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 di assistenza sociale (LEAS)».

## Art. 5.

*(Revoca del direttore generale)*

1. Al comma 5 dell'articolo 2 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, 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 sociosanitaria)*

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 LEAS, 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, 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.

*(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, in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

## Art. 10.

*(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 l'Agenzia nazionale per



i servizi sanitari regionali (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. 11.

*(Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie)*

1. All'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, 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