



## **DISEGNO DI LEGGE**

**d'iniziativa del senatore LUMIA**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 15 MARZO 2013**

Norme in materia di razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale  
e di formazione di laureati in medicina e chirurgia

ONOREVOLI SENATORI. - È sotto gli occhi di tutti lo scoramento che affligge tutti i medici del nostro Servizio sanitario nazionale (SSN). Essi infatti, indipendentemente dall'attività che svolgono, sono sottoposti giornalmente a campagne mediatiche che li dipingono come i principali responsabili del malaffare che coinvolge la sanità costringendoli a divenire apatici, indifferenti poiché impotenti di fronte al divenire degli eventi.

Pur sottolineando la necessità che l'esigua minoranza di medici che ha commesso errori di qualsiasi natura deve essere punito non possiamo assistere allo scempio che viene fatto della stragrande maggioranza di loro che sono onesti, coscienziosi e preparati e pronti ad accoglierci nei loro studi, in ospedale, guardia medica e così via, per risolvere i nostri problemi di salute.

Il sistema necessita pertanto di notevoli rettifiche che noi abbiamo intenzione di apportare con diversi disegni di legge *ad hoc*. Il presente disegno di legge, primo della serie, vuole dare una risposta concreta al principale problema della nostra sanità che è sotto gli occhi di tutti ma oggetto di scarsa attenzione: l'occupazione da parte della politica dei posti di comando della sanità.

In atto le nomine dei *manager* sono di pertinenza politica, da ciò ne deriva una esasperata politicizzazione di tutti i ruoli siano essi amministrativi che sanitari, rendendo il medico il «*peon*» di un sistema dove al contrario dovrebbe essere il protagonista principale. Al momento nessuna scelta dipende da lui: l'acquisto dei materiali con i quali deve lavorare, dei farmaci con i quali deve curare, l'adattamento dei locali, la scelta del personale paramedico con cui collaborare, l'as-

sunzione dei colleghi con cui gestire i pazienti e così via.

La stessa categoria medica sta cominciando a prendere coscienza di questa assurda situazione, non accontentandosi più delle varie promesse della politica di lasciare la sanità, senza sue ingerenze, in mano ai meritevoli e capaci. In un sondaggio realizzato nel mese di luglio dal quotidiano *online Quotivadis (Univadis-Merck Sharp Dome)* il 62 per cento dei medici italiani ha risposto senza dubbi che il primo problema da affrontare per rilanciare il SSN è il criterio di nomina dei direttori generali, che per gli intervistati vengono selezionati solo per via politica e non per merito.

I primi articoli di questo disegno legge intendono porre fine a questo problema utilizzando la democrazia come soluzione: si propone l'elezione dei *manager* da parte di tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, ausiliari, e così via) operanti nella provincia o nell'azienda di competenza del candidato. In tal modo il *manager* eletto sarà costretto a rendere ragione del suo operato ai suoi diretti elettori-operatori della sanità e tramite questi alla popolazione.

Lo stesso dicasi per le altre cariche della sanità quali direttore sanitario e di distretto.

Nella seconda parte il presente disegno di legge tenta di dare una soluzione ad un problema di precariato medico che lo stato italiano si trascina dal lontano 1994.

Nello specifico: il decreto legislativo 8 agosto 1991 n. 256, di attuazione della direttiva europea n. 86/457/CEE, disponeva che a partire dal 31 dicembre 1994 per essere ammessi alle graduatorie regionali di medicina generale non bastava più la sola laurea ma bisognava essere in possesso dell'attestato

conseguito frequentando il corso biennale di formazione in medicina generale. Tale norma, che riconosceva l'equipollenza all'attestato suddetto a chi era in graduatoria alla data del 31 dicembre 1994, non teneva in nessuna considerazione le migliaia di studenti in medicina e chirurgia a quella data. Studenti che si erano immatricolati sapendo che era necessaria la sola laurea per accedere alle graduatorie regionali (e quindi alla convenzione di medicina generale). Questi ultimi hanno visto quindi svanire in un sol colpo quella che per molti di loro era stata la motivazione dell'iscrizione in medicina e chirurgia. In seguito, il decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (abrogativo del citato decreto legislativo n. 256 del 1991), di attuazione della direttiva n. 93/16/CE lo Stato italiano confermava la necessità del possesso dell'attestato del corso biennale di formazione per accedere alle graduatorie regionali.

Nel corso degli anni compresi fra il 1996 ed il 2001 l'impegno dei parlamentari di maggioranza ed opposizione, spronati dalle richieste delle migliaia di medici interessati dal suddetto problema, portò all'approvazione della legge 29 dicembre 2000, n. 401.

L'articolo 3 della citata legge n. 401 del 2000, che recitava: «I laureati in medicina e chirurgia iscritti al corso universitario prima del 31 dicembre 1991 ed abilitati all'esercizio professionale sono ammessi a domanda in soprannumero ai corsi di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256. I medici ammessi in soprannumero non hanno diritto alla borsa di studio e possono svolgere attività libero-professionale compatibile con gli obblighi formativi», riapriva dopo la frequenza del corso biennale le porte delle graduatorie regionali per la continuità assistenziale ai laureati in medicina e chirurgia immatricolati entro il 31 dicembre 1991 (restituendogli un diritto acquisito al momento dell'iscrizione alla facoltà

di medicina e chirurgia, ingiustamente negato da una legislazione «svagata»).

Il dipartimento delle professioni sanitarie, delle risorse umane e tecnologiche in Sanità e dell'assistenza sanitaria di competenza statale bloccò l'articolo, in questione con una circolare del mese di gennaio 2001, rimandando qualsiasi decisione in merito a successivi decreti. Il Ministero della salute richiese in data 16 maggio 2001 un parere sulla reale applicabilità della legge n. 401 del 2000 al Consiglio di Stato. In data 20 giugno 2001 la sezione I dell'Alto Consesso decise di non dare luogo al richiesto parere per non influenzare l'autorità giudiziaria, in quanto sulla questione erano in corso diversi ricorsi al tribunale amministrativo regionale (TAR) del Lazio ad opera di piccoli gruppi di medici in conseguenza dei quali la questione era ormai transitata in sede contenziosa presso il TAR del Lazio. La sezione III-bis si pronunciò con una sentenza che rigettando i ricorsi dei medici intesi ad ottenere l'ammissione in soprannumero ai corsi biennali avviati nel 2000, considerando che l'articolo 3 della citata legge n. 401 del 2000 fa riferimento al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, che da tempo era stato abrogato dall'articolo 46, comma 3, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, concludeva dicendo che l'articolo 3 non può essere inteso che nel senso restrittivo che riguarda esclusivamente posizioni attinenti al corso previsto dal citato decreto legislativo n. 256 del 1991 e non a quello previsto dal citato decreto legislativo n. 368 del 1999.

In questi anni alcune regioni italiane spinte dalla necessità di reperire personale medico qualificato per la continuità assistenziale, non recependo i dettami del TAR del Lazio, stanno ammettendo in soprannumero medici laureati dopo il 31 dicembre 1994 ai corsi di formazione in medicina generale (purtroppo in numero molto limitato) realizzando quello per cui questi medici avevano lottato. Purtroppo il numero esiguo degli ammessi fa sì che siano necessari diversi

anni prima di assorbire tutti i medici interessati al problema (e al momento solamente in cinque o sei regioni).

Con l'articolo 2 riprendendo la volontà del legislatore italiano che ha tentato in qualche modo di porre soluzione a questo problema, riuscendovi parzialmente, intendiamo attuare una sanatoria di queste migliaia di medici che sono stati costretti ad uno stato di suboccupazione od a lavorare come «tappabuchi» in situazioni di carenza di personale medico, senza poter aspirare a ricoprire un giorno quel ruolo (centinaia di medici lavorano al centro-nord da anni come sostituti di guardia medica ma non possono mai diventare titolari perché non inseriti nelle famose graduatorie) attuando semplicemente quello che lo Stato svagato

non gli ha mai riconosciuto: l'equipollenza. Tra l'altro l'equipollenza verrebbe riconosciuta solamente a medici che in questi anni hanno svolto la professione, iscritti alla facoltà di medicina e chirurgia entro il 31 dicembre 1991 e laureati dopo il 31 dicembre 1994, che fruiscono già con la legge n. 410 del 2000 di una sanatoria parziale.

Con l'articolo 3 è riconosciuta l'equipollenza con il corso di formazione in medicina generale richiesta dall'Unione europea e che lo Stato italiano non ha mai riconosciuto ed infine vengono censiti e viene regolamentato il lavoro di quelle migliaia di medici laureati dopo il 31 dicembre 1994 non rientranti nella sanatoria prevista dall'articolo 2 del presente disegno di legge.

**DISEGNO DI LEGGE**  

---

## Art. 1.

*(Organizzazione delle  
Aziende sanitarie locali)*

1. All'articolo 3-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, i commi 1, 2 e 3 sono sostituiti dai seguenti:

«1. La carica di direttore generale di azienda sanitaria locale (ASL), ospedaliera o universitaria, è elettiva, ha una durata di cinque anni e può essere rinnovata per non più di tre mandati consecutivi nella stessa ASL. Essa cessa per esaurimento naturale del mandato, per la presentazione di motivata petizione di sfiducia sottoscritta dal 51 per cento degli elettori dell'ASL amministrata, per il mancato raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla regione all'atto di ratifica della nomina o qualora ricorrano le motivazioni di cui all'articolo 3-*bis*, commi 6 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. Il direttore generale di ASL è eletto a maggioranza semplice dai medici, dal personale ausiliario, dagli infermieri e dai tecnici di radiologia residenti nel territorio di pertinenza dell'ASL amministrata. Il direttore generale di azienda ospedaliera o universitaria è eletto a maggioranza semplice dal personale sanitario dell'azienda medesima.

3. I candidati alla carica di direttore generale devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) diploma di laurea in medicina e chirurgia;

b) qualificata e documentata formazione ed attività professionale di direzione tecnica, amministrativa o sanitaria in enti o strutture

pubbliche preferibilmente del Servizio sanitario nazionale, con esperienza dirigenziale svolta per almeno cinque anni».

2. All'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il comma 1-*quinquies* è sostituito dal seguente:

«1-*quinquies*. Ogni candidato alla carica di direttore generale rende noto, all'inizio della campagna elettorale, il nome del direttore sanitario e del direttore amministrativo che intende nominare dopo l'insediamento. Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'ASL, assumono diretta responsabilità delle funzioni loro attribuite e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale».

3. Entro sei mesi dalla data della pubblicazione della presente legge nella *Gazzetta Ufficiale* e previa compilazione degli elenchi dei medici e degli operatori sanitari elettori per ciascuna azienda, il direttore generale dell'ASL in carica si dimette e convoca i comizi elettorali per il primo sabato e domenica utili per l'elezione alle cariche di direttore generale, direttore sanitario e direttore di distretto. La data delle elezioni per le cariche di cui al periodo precedente, per ciascuna ASL, è pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* in una data compresa tra i sei mesi antecedenti ed i tre mesi successivi la scadenza del mandato. La medesima data è resa pubblica altresì con comunicazioni personali agli elettori, per via cartacea o telematica, e con comunicati affissi nei locali dell'ASL.

4. Nei trenta giorni successivi alla data di pubblicazione della data dell'elezione, i candidati alle cariche di direttore generale, direttore sanitario e direttore di distretto presentano all'ufficio elettorale aziendale di cui al comma 7 domanda di candidatura, corredata dalla documentazione attestante il possesso dei requisiti di cui all'articolo 3-

*bis*, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dal comma 4 del presente articolo.

5. I seggi elettorali sono organizzati all'interno dei locali delle sedi di distretto o degli ospedali dell'ASL interessata, nella proporzione di un seggio ogni 500 elettori. Ogni seggio è composto da un presidente e due segretari, scelti tra il personale amministrativo dell'ASL in possesso dei seguenti requisiti:

a) per il presidente: anzianità di servizio di almeno cinque anni e laurea in discipline giuridiche.

b) per i segretari: anzianità di servizio di almeno cinque anni e precedente esperienza come scrutatore in elezioni amministrative e politiche.

6. I dirigenti amministrativi che hanno svolto le funzioni di presidente o segretario di seggio nelle elezioni alla carica di direttore generale sono retribuiti per tutto il periodo di svolgimento delle citate funzioni, a decorrere dall'apertura dei seggi, con la tariffa oraria prevista per la reperibilità del personale della dirigenza medica.

7. Presso la sede centrale dell'azienda è istituito un ufficio elettorale aziendale composto dal direttore amministrativo dell'azienda coadiuvato da due o più capi dipartimento in qualità di segretari. Il predetto ufficio raccoglie le candidature e, dopo le elezioni, i risultati dei vari seggi; elabora i dati e li trasmette all'assessorato alla sanità regionale o provinciale.

8. Entro sette giorni dal ricevimento dei risultati degli scrutini nelle ASL l'assessore alla sanità regionale o delle province autonome di Trento e di Bolzano proclama gli eletti e contestualmente li nomina direttori generali, sanitari o di distretto.

9. I direttori e i dirigenti sanitari di ogni presidio ospedaliero e di ogni distretto socio-sanitario sono eletti dagli operatori sanitari che prestano la loro attività lavorativa

all'interno del presidio o del distretto medesimo, e cessano dalle loro funzioni per esaurimento naturale del mandato o per la presentazione di motivata petizione di sfiducia, sottoscritta dal 51 per cento degli elettori del presidio o del distretto amministrato, per il mancato raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dal direttore generale all'atto di ratifica della nomina. I candidati alla carica di direttore sanitario e di distretto devono essere in possesso dei requisiti previsti dagli articoli 3-*bis*, comma 3, come sostituito dall'articolo 1, comma 1, della presente legge, e 3-*sexies*, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

#### Art. 2.

*(Sanatoria definitiva dei medici iscritti ai corsi universitari prima del 31 dicembre 1991 e laureati dopo il 31 dicembre 1994 ed abilitati all'esercizio della professione)*

1. In deroga alle disposizioni di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, ed ai sensi dell'articolo 30, paragrafo 1, della direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, è riconosciuto il diritto acquisito di esercitare le attività di medico generico, in assenza di diploma, certificato o altro titolo di cui all'articolo 21 della medesima direttiva 2005/36/CE ai soggetti iscritti ai corsi di laurea in medicina e chirurgia entro il 31 dicembre 1991, e laureati successivamente al 31 dicembre 1994, in possesso dei seguenti requisiti:

*a)* avere svolto negli anni compresi tra il 1994 ed il 2008 attività di medico in qualità di medico sostituto di ambulatorio di medicina generale per un periodo di almeno trentasei mesi, anche non consecutivi;

*b)* avere svolto negli anni compresi tra il 1994 ed il 2008 attività di medico sostituto di continuità assistenziale per un pe-



riodo di almeno trentasei mesi, anche non consecutivi;

c) avere svolto negli anni comprese tra il 1994 ed il 2008 un'attività equipollente alla medicina generale per un periodo di almeno dodici mesi.

2. Ai fini dell'acquisizione del diritto di cui al comma 1, i periodi relativi alle attività di cui alle lettere a), b) e c) del medesimo comma 1 sono fra loro cumulabili.

3. I medici destinatari delle disposizioni di cui al presente articolo possono continuare a presentare le domande di partecipazione al concorso per l'accesso al corso di formazione triennale in medicina generale di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.

4. L'articolo 3 della legge 29 dicembre 2000, n. 401, è abrogato a decorrere dalla data di pubblicazione della presente legge nella *Gazzetta Ufficiale*.

### Art. 3.

*(Riconoscimento di titoli equipollenti al corso di formazione in medicina generale)*

1. Ai sensi dell'articolo 28, paragrafo 5, della direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, il diploma di specializzazione in medicina interna e in geriatria è riconosciuto come equivalente al diploma di cui all'allegato V, punto 5.1.1, della medesima direttiva 2005/36/CE.

2. I soggetti che esercitano attività medica presso centri nei quali sono dispensate cure primarie per l'intera durata dei corsi relativi ai diplomi di specializzazione di cui al comma 1 del presente articolo sono esonerati dall'obbligo del tirocinio della durata di sei mesi presso ambulatori di medicina generale di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.

## Art. 4.

*(Censimento dei laureati  
dopo il 31 dicembre 1994  
non sanati dall'articolo 2)*

1. Sono istituite, presso le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, graduatorie differenziate per la continuità assistenziale riservate ai laureati in medicina e chirurgia abilitati dopo il 31 dicembre 1994 ed iscritti alle relative facoltà universitarie dopo il 31 dicembre 1991.

2. Le graduatorie di cui al comma 1 sono formate tenendo conto del voto di laurea e della maggiore anzianità di laurea e della minore anzianità anagrafica, e sono revisionate annualmente. Per la formazione delle graduatorie successive alle prime, si tiene conto anche del punteggio conseguito in attività di continuità assistenziale o come sostituto di medico di medicina generale secondo i criteri previsti dall'accordo collettivo nazionale di lavoro per la formazione della graduatoria regionale ufficiale.

3. Le graduatorie di cui al comma 1 sono utilizzate per la copertura di zone in cui risulta carente l'attività di continuità assistenziale notturna, festiva e turistica.

4. L'iscrizione nelle graduatorie di cui al comma 1 costituisce titolo preferenziale, ai fini della sostituzione di medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, rispetto al possesso dei requisiti previsti dall'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448.



