

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

N. 2719

DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori LIGUORI, BAIO DOSSI, BEDIN,
CARRARA, CASTELLANI, COLETTI, COVIELLO, DALLA
CHIESA, D’ANDREA, SALZANO e VERALDI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 30 GENNAIO 2004

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,
inerenti le attribuzioni dei sindaci nell’ambito dell’organizzazione
delle aziende sanitarie locali

ONOREVOLI SENATORI. - Con le modifiche proposte dal presente disegno di legge al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si intende rafforzare le attribuzioni dei sindaci e della conferenza dei sindaci nell'ordinamento delle aziende sanitarie locali. Allo stato attuale, infatti, tali soggetti non svolgono un ruolo concreto ed efficace nell'organizzazione delle aziende sanitarie locali, non operano con sistematicità in regime di coordinamento con l'attività del direttore generale e non hanno una significativa influenza sulle decisioni politiche delle regioni in materia di programmazione sanitaria e socio-sanitaria e di valutazione dei risultati di salute. Non si tratta di comprimere il ruolo del direttore generale, già abbastanza vasto e talvolta discrezionale, ma solo di creare un rapporto assiduo e ben definito che coinvolga i sindaci in maniera organica e costante nella definizione dei piani programmatici e nella verifica della loro attuazione. Con il presente disegno di legge si assegnano ai sindaci e alla conferenza alcune ulteriori mirate competenze, e soprattutto si adotta una diversa articolazione delle competenze stesse in riferimento sia alla figura del direttore generale che alle attribuzioni delle regioni, allo scopo di conferire concretezza alle funzioni svolte per una coerente e continua attuazione degli interessi territoriali rappresentati.

Questi interessi si stanno sviluppando negli ultimi anni in maniera sempre più complessa, interdisciplinare e reticolare ed escludono decisamente l'idea di strutture sanitarie come entità a se stanti, sovraordinate o comunque separate dalle dinamiche vitali del territorio di riferimento. Per tale motivo i meccanismi di governo delle transazioni reticolari e interdisciplinari non possono prescindere dal coinvolgimento continuo e orga-

nico dei rappresentanti dei cittadini sul territorio.

La strada della «reticolarizzazione» può condurre a sviluppi totalmente destrutturati per le aziende sanitarie. In un futuro non troppo lontano l'azienda sanitaria si trasformerà in un insieme di «reti curanti», gruppi di cura che ruotano attorno al paziente con l'obiettivo di prestargli le cure più appropriate, coordinando la propria attività e adattandola ai bisogni dell'assistito. In questo modo l'azienda sanitaria diventa un'entità investita di una missione specifica, un punto di coordinamento, un assemblatore di servizi, che mette in rete risorse infrastrutturali, tecnologiche e professionali per realizzare obiettivi di cura. Non esistono divisioni e segmentazioni, ma una serie di pareti mobili che le consentono di riorganizzarsi di continuo, e confini fluidi che le consentono di relazionarsi variabilmente con l'ambiente esterno.

Tale dinamica non può essere guidata esclusivamente da una figura come quella del direttore generale, che al momento rischia di essere troppo monocratica e quindi inadatta a interpretare compiutamente la complessità del territorio. È necessario invece un maggiore coinvolgimento dei cittadini sul territorio, attraverso i rappresentanti eletti, per aggiungere valore interpretativo ai bisogni complessi della nuova domanda di salute e un punto di vista più pragmatico sulle scelte da effettuare e sui risultati di salute da raggiungere. Ne sarà arricchita la stessa azione del direttore generale, visto che all'orizzonte si profila l'esigenza di strutturare l'attività delle aziende sanitarie locali sotto forma di programmi di cura. Ogni programma rappresenta una risposta, coerente e coordinata, ad un pro-

blema di salute di un paziente, all'interno di una rete di strutture e prestazioni, che consente di dispensare all'assistito, in un quadro multidisciplinare, le cure più appropriate, efficaci ed efficienti in un *continuum* di diagnostica, terapia, riabilitazione, assistenza sociale. Le caratteristiche emergenti

della nuova domanda di salute (invecchiamento della popolazione, cronicizzazione delle malattie e ricerca di forme più evolute di benessere sanitario) richiedono l'adozione di questa prospettiva innovativa sul ruolo del territorio e sull'azione dello stesso direttore generale.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Modifiche all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

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

a) dopo il comma 1-*quinquies*, è inserito il seguente:

«1-sexies. Il direttore generale sottopone l'atto aziendale all'esame del sindaco, nelle aziende sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, o della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni nelle aziende sanitarie locali i cui ambiti territoriali siano rispettivamente superiori o inferiori al territorio del comune. L'atto aziendale viene adottato previo esame del parere, delle valutazioni e delle proposte formulate dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti di circoscrizione, per quanto attiene i contenuti dell'atto aziendale direttamente riferibili alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria e alle modalità di valutazione dei risultati di salute nel territorio di riferimento. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato in novanta giorni dalla data di invio dell'atto aziendale».

b) il comma 6 è sostituito dal seguente:

«6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'articolo 20 del testo unico delle disposizioni concernenti

lo statuto degli impiegati civili dello Stato e norme di esecuzione, di cui al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dai pareri, dalle valutazioni e dalle proposte resi dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo, dal consiglio dei sanitari e dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti di circoscrizione. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione».

c) il comma 14 è sostituito dal seguente:

«14. Nelle aziende sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio, verifica l'andamento generale dell'attività, contribuisce alla definizione ed all'aggiornamento dei piani programmatici trasmettendo propri pareri, valutazioni e proposte al direttore generale e alla regione e ne segue l'attuazione. A tal fine si riunisce almeno una volta al mese con il direttore generale, su convocazione di questo, che deve pervenire, anche per via telematica o informatica, almeno cinque giorni prima della relativa

data. Entro i successivi due giorni il sindaco può richiedere, qualora impossibilitato a partecipare, l'effettuazione della riunione in una diversa data da concordare, comunque entro i dieci giorni successivi alla prima. In caso di mancata convocazione il sindaco segnala al presidente della regione ed all'assessore regionale alla sanità l'inadempienza del direttore generale per i provvedimenti conseguenti, stabiliti con normativa regionale. Nelle aziende sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale, tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale».

Art. 2.

(Modifiche all'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

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

a) il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati dalla regione con riferimento ai requisiti di cui al comma 3 e sulla base di una rosa di tre nomi proposti dal sindaco, per le aziende sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, o dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni, per le aziende sanitarie locali i cui ambiti territoriali siano rispettivamente superiori o inferiori al territorio del comune».

b) il comma 6 è sostituito dal seguente:

«6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7. La regione è tenuta a motivare i provvedimenti assunti in difformità dai pareri del sindaco o della conferenza dei sindaci o dei presidenti di circoscrizione».

c) il comma 8 è sostituito dal seguente:

«8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. Per il rinnovo della carica alla scadenza del mandato la regione acquisisce il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci o dei presidenti di circoscrizione, per quanto attiene i contenuti direttamente riferibili alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria e alla valutazione dei risultati di salute nel territorio di riferimento. Il parere deve pervenire entro novanta giorni dalla data di richiesta della regione. La regione è tenuta a motivare il rinnovo della carica assunto in difformità da detto parere. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e con il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 lu-

glio 1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa».

Art. 3.

(Modifiche all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. All'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. La regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario ed amministrativo, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio e di un rappresentante del sindaco o della conferenza dei sindaci o dei presidenti di circoscrizione secondo l'estensione territoriale dell'azienda sanitaria locale».