

DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori PARDINI, GUERZONI, BESOSTRI,
CARPINELLI, DE LUCA Michele, SENESE, SMURAGLIA,
STANISCIÀ, VEDOVATO, PREDA, MICELE e FERRANTE

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 25 GIUGNO 1997

Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
Costituzione del consiglio di indirizzo e di sorveglianza

ONOREVOLI SENATORI. - L'assetto del governo della sanità pubblica ha conosciuto un momento di grande trasformazione finalizzato a un recupero di qualità dei servizi erogati e di efficienza in relazione alla necessità di contenere la destinazione delle risorse finanziarie. Questa trasformazione, con cui si è completata l'intestazione alle regioni delle funzioni in materia sanitaria, è stata effettuata con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, successivamente modificato con il decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590. Quest'ultimo provvedimento ha introdotto - ai vertici delle strutture sanitarie locali, unità sanitaria e aziende ospedaliere - la figura professionale del direttore generale, scelto dalle regioni in base a una valutazione di capacità e competenza, responsabile nei confronti della regione stessa del funzionamento dei servizi assicurati dalla unità sanitaria (o azienda).

È appena il caso di richiamare alcune delle motivazioni principali alla base di queste scelte legislative: la necessità di assicurare una chiara individuazione delle responsabilità di gestione, separate da quelle di indirizzo politico; la maggiore aderenza di questa figura al processo di aziendalizzazione della sanità pubblica; la necessità di avere un organo responsabile nei riguardi della regione, a sua volta responsabile circa l'utilizzo dei fondi attribuiti per il Servizio sanitario.

Naturalmente questo assetto pone a sua volta tre questioni, sulle quali dopo tre anni di applicazione è il caso di soffermarsi:

a) a chi spetti determinare i bisogni da assicurare ai cittadini e la natura e la qualità dei servizi in rapporto alle risorse pubbliche disponibili;

b) a chi spetti il governo delle risorse stesse;

c) il *quantum* di autonomia e di poteri nella gestione aziendale.

La prima di tali questioni è certamente la più importante. Ed è anche quella in cui forse maggiormente si avverte l'esigenza di ridefinire meglio nelle sue articolazioni l'assetto di governo delle unità sanitarie. L'individuazione dei bisogni non può infatti essere disancorata dalla valutazione delle risorse disponibili: è però anche vero che, parlando di sanità, si può tranquillamente assumere come postulato che i bisogni saranno sempre superiori alle possibilità effettive di risposta. Programmazione «dei bisogni» e «delle risorse» devono quindi andar di pari passo, ben sapendo quanto difficile sia individuare un rapporto tra essi soddisfacente per le esigenze - crescenti, in termini di quantità e di qualità - che provengono dalla comunità. Questa problematica coinvolge quindi in pieno gli enti locali che, rispetto alla regione, sono lo snodo più indicato per convertire la domanda di servizi che proviene dai cittadini in indicazioni di «politica della sanità» da seguire.

Un'altra questione rilevante è quella legata all'assetto direttivo dell'azienda sanitaria, in cui si devono coniugare responsabilità univoche di gestione con un processo decisionale efficiente. Viceversa l'esperienza di questi anni ha non di rado rivelato una condizione di «scopertura» del direttore generale rispetto ai numerosi soggetti con cui interagisce (consiglio dei sanitari, organizzazioni sindacali, associazioni di utenti, enti locali) con il rischio - non solo potenziale - che i conflitti si scarichino sulle risorse (cioè sui disavanzi).

L'esperienza di questi primi anni di aziendalizzazione in sanità sembra quindi porre, a questo proposito, due ordini principali di problemi: il primo riguarda la provvisorietà della figura del direttore generale e la difficoltà di accertarne preventivamente la professionalità: ne consegue quello che si può definire «minimalismo decisionale»; il secondo problema è rappresentato dall'assenza di un sistema regionale e locale di effettiva valutazione delle *performance* aziendali.

La proposta contenuta in questo disegno di legge che prevede l'istituzione di un consiglio di indirizzo e sorveglianza è un tentativo di dare risposta ai problemi e alle questioni accennate. In tale sede si realizzerebbe il coinvolgimento delle istanze prove-

nienti dagli enti locali e si realizzerebbe il risultato di rafforzare e coadiuvare, nella quotidiana gestione della politica aziendale, il direttore generale. Il diritto di veto a questi riservato sulle decisioni che hanno diretta incidenza sull'uso delle risorse vale a scongiurare il pernicioso rischio di un anacquamento delle responsabilità e a garantire il rapporto tra organo responsabile della gestione e ente erogatore delle risorse. Al tempo stesso la non indicazione delle materie su cui tale consiglio può esprimersi vale a rendere elastica la sua competenza e ad assicurare un effettivo coinvolgimento di questo organo nelle scelte che, attraverso la unità sanitaria locale e l'azienda sanitaria, riguardano in realtà tutta la comunità che ne è servita.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. Dopo l'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in materia di riordino della disciplina in materia sanitaria, è inserito il seguente:

«Art. 4-*bis.* - *I.* Nelle unità sanitarie locali e nelle aziende ospedaliere è costituito un consiglio di indirizzo e di sorveglianza, che affianca nella gestione il direttore generale e gli altri organi di cui al comma 4 dell'articolo 3 e al comma 1 dell'articolo 4, composto da quattro membri di cui tre delegati dal sindaco del comune il cui ambito coincide con quello dell'azienda ospedaliera o, nel caso di non coincidenza dell'ambito territoriale, dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale, e uno delegato dal presidente della provincia interessata. Sulle proposte avanzate dal consiglio di indirizzo e di sorveglianza che hanno riflessi diretti e indiretti sul bilancio dell'unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera, nel caso di votazioni, il direttore generale ha diritto di veto».