



# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 799

## PROPOSTA DI LEGGE

### d'iniziativa del deputato ANGELA NAPOLI

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e altre disposizioni in materia di organizzazione del Servizio sanitario nazionale

*Presentata il 7 maggio 2008*

Onorevoli Colleghi! - Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ha attribuito al direttore generale delle aziende sanitarie tutti i poteri di gestione.

Tale scelta, valida forse nella fase iniziale di trasformazione del sistema sanitario, ha determinato nel lungo periodo disfunzioni ed abusi. È emersa così l'esigenza, condivisa, anche se con diverse accentuazioni, da tutte le forze politiche e sindacali, di interventi per mitigare l'attuale potere del direttore generale e 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.

Le modifiche al citato decreto legislativo n. 502 del 1992 devono, comunque, tener conto delle modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione (legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3).

La «tutela della salute» e le «professioni» rientrano tra le materie appartenenti alla legislazione concorrente fra Stato e regioni. Anche la specifica materia dell'organizzazione dei servizi è compresa nel più ampio contesto di «tutela della salute» e delle «professioni» e, quindi, rientra fra le materie concorrenti.

La competenza statale in materia di rapporto di lavoro della dirigenza deve necessariamente tenere conto del fatto che le soluzioni adottate in materia di rapporto di lavoro finiscono inevitabilmente per condizionare l'organizzazione dei servizi di competenza concorrente regionale.

Conseguentemente, si è ritenuto opportuno ricorrere in via generale a principi fondamentali, in quanto sarebbe stato estremamente problematico enucleare i profili di competenza esclusiva dello Stato da quelli rientranti nella competenza concorrente.

Alla individuazione dei principi fondamentali desumibili dalla legislazione vigente si provvederà ai sensi dell'articolo 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131.

Coerentemente con il nuovo riparto di competenze fra Stato e Regioni, la presente proposta di legge stabilisce alcuni principi fondamentali, ai quali si dovranno adeguare le leggi regionali.

I nuovi principi fondamentali, introdotti con la proposta di legge, tendono sostanzialmente, da una parte, ad assicurare, nelle scelte strategiche e di governo delle attività sanitarie, il diretto coinvolgimento dei medici e dei dirigenti sanitari e, dall'altra, ad assicurare maggiore trasparenza ed equità nel sistema di acquisizione delle risorse professionali sanitarie (selezioni) e nella valutazione dei dirigenti sanitari (verifiche).

Per raggiungere tale obiettivo strategico è previsto il rafforzamento e l'ulteriore sviluppo della funzione di governo clinico nelle aziende sanitarie, assicurato con il diretto coinvolgimento del

Collegio di direzione dell'azienda.

Una ulteriore esigenza alla quale la presente proposta di legge intende dare una soluzione definitiva, è quella che concerne i collegi tecnici di verifica delle attività professionali e dei risultati raggiunti da dirigenti sanitari.

La composizione dei collegi di verifica non è attualmente disciplinata dalla legge, per cui varia da azienda ad azienda.

La proposta di legge prevede, pertanto, che tali collegi siano presieduti dal direttore sanitario dell'azienda e composti da esperti nelle relative discipline, estranei all'azienda, e dal dirigente dell'unità operativa semplice o complessa di appartenenza del soggetto sottoposto a verifica.

Si interviene, poi, sulla modalità di conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, di cui all'articolo 15-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Tale normativa ha, infatti, determinato disfunzioni ed abusi.

In alcuni casi i direttori generali, eludendo l'obbligo dell'avviso pubblico, hanno provveduto ad attribuire direttamente incarichi di strutture complesse con scelte del tutto discrezionali, utilizzando illegittimamente lo strumento eccezionale previsto dall'articolo 15-septies del decreto legislativo n. 502 del 1992 per «l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico».

In altri casi, pur nel rispetto formale della legge, hanno operato scelte arbitrarie fra i dirigenti genericamente riconosciuti idonei dalla apposita commissione di selezione, determinando così un grave pregiudizio non solo per i candidati con maggiori titoli professionali, ma anche un grave danno per la stessa azienda e per i cittadini assistiti.

È evidente che tale sistema non assicura «il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione» e può legittimare scelte del tutto arbitrarie.

Per ovviare a tutto questo, si sancisce il principio che la copertura dei posti di dirigente di struttura complessa deve avvenire «esclusivamente» previo avviso pubblico e quindi sempre con la procedura pubblica di selezione.

Si stabilisce, inoltre, il principio che la valutazione dei dirigenti è effettuata sui titoli professionali, scientifici e di carriera, nonché sulle attività di aggiornamento professionale continuo (ECM) effettuate e che la commissione deve procedere alla selezione di tre concorrenti con il migliore giudizio complessivo in base ai titoli posseduti. Nell'ambito di tale terna il direttore generale individua il dirigente ritenuto più idoneo.

Le norme proposte, pur lasciando al direttore generale la piena responsabilità della scelta, consentono di limitare gli abusi e le disfunzioni.

Un'altra modifica al citato decreto legislativo n. 502 del 1992, concerne il Collegio di direzione delle aziende, previsto dall'articolo 17 del medesimo decreto legislativo.

Il Collegio di direzione è il massimo organo tecnico-sanitario di consulenza del direttore generale. Fra l'altro il direttore generale deve avvalersi del Collegio per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria.

Tale organo, che avrebbe dovuto assicurare il coinvolgimento della dirigenza sanitaria su tutte le scelte a valenza sanitaria, di fatto è sostanzialmente ignorato dai direttori generali o coinvolto solo in alcuni provvedimenti, senza comunque possibilità di incidere minimamente sulle decisioni assunte.

La legge, infatti, si è limitata ad indicare genericamente le funzioni e le competenze del Collegio, senza sancire contestualmente alcun obbligo per il direttore generale di acquisire il parere sui relativi atti e provvedimenti rientranti nella competenza del Collegio.

La modifica che si propone stabilisce il principio che sugli atti relativi alle materie di competenza del Collegio di direzione deve essere acquisito il parere del Collegio e che ogni decisione del direttore generale, in contrasto con il parere del Collegio, deve essere adottata con provvedimento motivato.

Una ulteriore innovazione è quella che prevede che la nomina dei direttori di dipartimento è

fatta su proposta dei dirigenti medici e sanitari responsabili delle strutture complesse costituenti il dipartimento, stabilendo altresì una specifica funzione amministrativa permanente di supporto per le responsabilità gestionali del direttore di dipartimento, già prevista dalla normativa vigente, ma, in molti casi, del tutto disattesa.

Infine la proposta di legge, nel confermare l'attuale limite massimo di età per il collocamento a riposo del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale al compimento del sessantasettesimo anno di età, prevede che il dirigente abbia facoltà di permanere, su sua richiesta, fino al compimento del settantesimo anno di età.

## **PROPOSTA DI LEGGE**

### **Art. 1.**

*(Principi fondamentali in materia di organizzazione del Servizio sanitario nazionale).*

1. Le regioni perseguono le finalità di tutela della salute mediante i servizi delle aziende sanitarie in base ai seguenti principi fondamentali nonché in base ai principi individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e successive modificazioni:

*a)* il governo delle attività cliniche, la programmazione, l'organizzazione, lo sviluppo e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie sono assicurati con il diretto coinvolgimento del Collegio di direzione dell'azienda; il Collegio di direzione promuove lo sviluppo della funzione di governo clinico e la conseguente adozione di programmi di miglioramento continuo della qualità e dell'efficienza delle prestazioni, ai fini del coordinamento delle attività e delle responsabilità attribuite in materia di governo clinico ai direttori di dipartimento ed esprime in materia pareri di natura obbligatoria al direttore generale;

*b)* le verifiche delle attività professionali della dirigenza medica e sanitaria sono effettuate da collegi tecnici, presieduti dal direttore sanitario aziendale e composti da esperti nelle relative discipline, estranei all'azienda, designati dal Collegio di direzione dell'azienda, garantendo comunque la presenza del dirigente dell'unità operativa semplice o complessa di appartenenza;

*c)* gli incarichi di dirigente di struttura complessa del ruolo sanitario sono conferiti esclusivamente previa selezione per avviso pubblico. Le commissioni di selezione sono composte dal direttore sanitario aziendale e da due dirigenti di

struttura complessa, scelti attraverso pubblico sorteggio tra i dirigenti di struttura complessa appartenenti ai ruoli della regione nella quale si svolge la selezione, esterni all'azienda di riferimento della selezione medesima, e sono presiedute dal dirigente più anziano di ruolo. Le commissioni di selezione valutano distintamente i titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati nonché i crediti in attività di formazione continua (ECM), formulano un giudizio motivato su ciascun candidato e presentano al direttore generale una terna di candidati, all'interno della quale il direttore generale individua il dirigente ritenuto più idoneo; qualora i candidati risultati idonei siano in numero minore di tre, la procedura di selezione è ripetuta per una sola volta prima che il direttore generale possa assegnare comunque l'incarico; nelle commissioni delle aziende ospedaliere integrate con l'università, uno dei componenti deve essere scelto, attraverso pubblico sorteggio, fra i professori universitari ordinari della disciplina che operano nelle università presenti nella regione;

d) i criteri di accreditamento delle strutture sanitarie private, stabiliti ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, devono prevedere che l'attribuzione di incarichi di dirigente medico responsabile dei servizi di diagnosi e cura avvenga fra medici con specifici requisiti ed esperienza professionale, attraverso procedure selettive basate su criteri identici a quelli previsti per le strutture pubbliche, ivi compreso il possesso di crediti in ECM, maturati nel triennio precedente alla data di selezione.

2. Sono fatte salve le competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano che provvedono alla realizzazione delle finalità della presente legge ai sensi dei rispettivi statuti speciali e delle relative norme di attuazione.

#### Art. 2.

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

1. Il primo periodo del comma 1-*quater* dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente: «Sono organi dell'azienda il direttore generale, il Collegio di direzione e il collegio sindacale».

#### Art. 3.

*(Modifiche agli articoli 15-ter, 17 e 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).*

1. Fermo restando il principio della invarianza della spesa, fino all'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e successive modificazioni, e salva la potestà legislativa regionale, da esercitare in base ai principi desumibili dalla legislazione statale vigente in materia, al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 15-*ter*, il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, compatibilmente con le risorse finanziarie a tale fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale. I compiti professionali e le funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, di intesa con il Collegio di direzione, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale e tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui al citato articolo 15, comma 5. Gli incarichi di struttura semplice sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del dirigente

di struttura complessa, sentito il collegio di dipartimento, a un dirigente con una anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Gli incarichi di funzioni hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque con facoltà di rinnovo. Sono definiti contrattualmente l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico»;

b) all'articolo 15-*ter*, il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale esclusivamente previo avviso da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale*. La commissione formula un giudizio motivato su cui ciascun candidato, tenendo conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati nonché dei crediti in attività di formazione continua (ECM) maturati nel triennio precedente alla data del bando. Il direttore

generale ha facoltà di scelta fra una terna di candidati proposta dalla commissione. Se i candidati dichiarati idonei nella prima selezione sono in numero inferiore a tre, la procedura selettiva è ripetuta per una sola volta prima che il direttore generale possa assegnare comunque l'incarico. Nelle commissioni delle aziende ospedaliere integrate con l'università, uno dei componenti deve essere scelto, attraverso pubblico sorteggio, fra i professori universitari ordinari della disciplina che operano nelle università presenti nella regione»;

c) al comma 4 dell'articolo 15-ter sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Al dirigente preposto a una struttura semplice sono attribuite funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuare anche mediante direttive per il corretto espletamento del servizio a tutto il personale operante nella stessa, compresi i dirigenti con funzioni di natura professionale. Il dirigente sostituisce altresì il dirigente preposto alla struttura complessa di cui fa parte, su incarico dello stesso»;

d) all'articolo 17, il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. La regione disciplina l'attività del Collegio di direzione, che è presieduto dal direttore generale ed è composto dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo, da cinque rappresentanti dei dirigenti medici, di cui due di primo livello e tre di secondo livello, e da un rappresentante delle professioni infermieristiche, eletti dalle rispettive assemblee»;

e) all'articolo 17, dopo il comma 2-bis è aggiunto il seguente:

«2-ter. Il Collegio di direzione formula parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alla materie di competenza. Le decisioni del direttore generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione sono adottate con provvedimento motivato»;

f) all'articolo 17-bis, dopo il comma 3 è aggiunto il seguente:

«3-bis. Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale, su proposta dei dirigenti medici e sanitari responsabili delle strutture complesse costituenti il dipartimento, riuniti in apposito consesso».

#### Art. 4. (Limiti di età).

1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, compresi i direttori di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fermo restando quanto previsto dall'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, e successive modificazioni. È facoltà del dirigente di permanere, a domanda, in servizio fino al compimento del settantesimo anno di età. Il Collegio di direzione dell'azienda può disporre a tali fini un preventivo esame di idoneità con riferimento alla specifica funzione svolta.

2. Le disposizioni del comma 1 si applicano, fermi restando il loro stato giuridico e i diritti acquisiti, anche ai medici e al personale sanitario universitario, ai professori universitari di prima e seconda fascia e ai ricercatori che svolgono attività assistenziale presso le aziende ospedaliere-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, o presso strutture assistenziali pubbliche nonché, ove previsto dagli accordi fra la regione e l'università, presso le strutture sanitarie private accreditate. Per il personale medico universitario resta fermo lo speciale

trattamento aggiuntivo previsto dall'articolo 6, comma 1, del citato decreto legislativo n. 517 del 1999 per lo svolgimento delle attività assistenziali per conto del Servizio sanitario nazionale.

Art. 5.

*(Norme di adeguamento).*

1. Gli enti e istituti di cui all'articolo 4, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato adeguano i propri ordinamenti del personale alle disposizioni della presente legge, comprese quelle concernenti i limiti stabiliti dall'articolo 4.

---