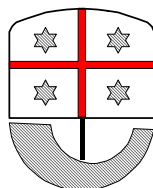


CONSIGLIO REGIONALE
ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLA LIGURIA



Gruppo consiliare

Di Pietro – Italia dei Valori

Proposta di Legge Regionale per la Liguria di iniziativa dei Consiglieri:

Stefano QUAINI

Nicolò SCIALFA

Maruska PIREDDA

avente per oggetto:

**MISURE PER MIGLIORARE LA QUALITA' E LA TRASPARENZA NELLE PROCEDURE
DI NOMINA E DI VALUTAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE
SANITARIE REGIONALI. MODIFICHE ED INTEGRAZIONI ALLA LEGGE REGIONALE
7 DICEMBRE 2006, n.41 (RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE) E
SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI.**

Presentata alla Presidenza del Consiglio Regionale il _____ Prot. n° _____

RELAZIONE alla Proposta di Legge Regionale per la Liguria

Dalla introduzione nel nostro ordinamento delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, intervenuta con il decreto legislativo n° 502 del 1992, si sono succedute, in relazione alle procedure di nomina dei Direttori generali delle Aziende sanitarie, una serie di disposizioni adottate attraverso decretazione d'urgenza, fino a giungere alla definizione del quadro normativo con il decreto legislativo n° 229 del 1999, il quale ha introdotto l'articolo 3 bis che ridefinisce i requisiti per la nomina a Direttore generale di A.S.L. o Azienda ospedaliera, richiedendo, oltre al diploma di laurea, una "esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso". Con tale decreto, il legislatore aveva altresì tentato di recuperare spazi di intervento a favore dei Comuni nella gestione della Sanità. Tentativi non legati ad un ripensamento rispetto al modello di governo regionale dell'organizzazione sanitaria delineato dalla riforma del 1992 ma, piuttosto, dall'esigenza di garantire ai Comuni poteri di indirizzo e di controllo sulla gestione di un servizio cruciale dell'amministrazione territoriale, che doveva essere organizzato in costante raccordo con la base sociale, anche in riferimento ai processi di ristrutturazione che concernevano soprattutto la rete ospedaliera. Il decreto dettava, inoltre, norme più puntuali per favorire un ruolo attivo di partecipazione delle associazioni di cittadini ed utenti alle decisioni e valutazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

L'introduzione dell'idea di A.S.L. guidate da un "manager" nasceva dal tentativo di porre rimedio alla lottizzazione politica in cui si erano impantanati i vecchi "comitati di gestione". Ma come gli eventi di questi anni che hanno interessato molte Regioni hanno dimostrato, la nuova gestione ha determinato un effetto opposto a quello atteso.

Nella nuova organizzazione aziendalistica delle ASL, il Sindaco era rimasto l'unico soggetto ad esprimere la rappresentanza politico-sociale della comunità ricompresa nell'ambito territoriale della nuova Azienda sanitaria. Il legislatore ha cercato, pertanto, con le Conferenze dei Sindaci e con la Conferenza per la programmazione sociosanitaria regionale di stemperare con la presenza di un soggetto politico l'esasperata tecnicizzazione che il nuovo modello aziendalistico poteva generare, garantendo, altresì, un particolare livello di programmazione locale attuativo di quello regionale.

Le competenze assegnate erano e sono significative: la definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, l'esame del bilancio pluriennale di previsione e del bilancio di esercizio e soprattutto la verifica dell'andamento generale dell'attività, contribuendo alla definizione dei piani programmatici. Ma dopo tanti anni, emerge la perdurante cronica debolezza strutturale di tali Conferenze, sia per l'assenza di quel continuo flusso informativo, con forti caratteristiche di sintesi per non appesantire il lavoro dei Sindaci, necessario per svolgere autorevolmente il loro ruolo, sia per l'estrema fragilità della struttura amministrativa di supporto. Risulta così inconsistente anche l'attività di controllo svolta sulla gestione, relegando nell'attuale assetto del sistema sanitario regionale le Conferenze dei Sindaci, espressione piena della democrazia rappresentativa, in una oggettiva situazione di subalternità culturale e politica rispetto al potere monocratico del Direttore generale delle Aziende sanitarie locali.

Sulla scorta delle recenti iniziative legislative a livello regionale, tra cui le più significative sono la l.r. 4/2010 della Regione Puglia e un'analoga iniziativa in itinere presso il Consiglio regionale dell'Umbria, l'approccio della presente proposta di legge parte da un orientamento diverso dagli atti derivanti dalla legge sopra indicata, con l'intento di assicurare l'effettività alle procedure di valutazione dei Direttori generali attivando la dialettica degli interessi in campo, costituiti dai Comuni e dalle Associazioni degli utenti dei servizi, evitando il rischio di dare una risposta d'immagine, demagogica e non di sostanza che si concentri prevalentemente sulle procedure di nomina tentando di separare i Direttori generali dal loro legame con il potere politico.

Diversa e auspicabile sarebbe, invece, attraverso una specifica previsione statutaria, una partecipazione del Consiglio regionale nella procedura di nomina dei Direttori generali, secondo il modello previsto nella Confederazione americana, in cui il Senato sottopone, con una serie di domande specifiche e puntuali, ciascun candidato agli incarichi di vertice, per verificarne gli effettivi meriti e capacità.

La normativa statale vigente è perentoria nel definire i provvedimenti di nomina dei Direttori generali, stabilendo che vanno adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti del possesso della laurea e dell'aver maturato una esperienza pluriennale in posizione dirigenziale. Si producono due effetti: uno di tipo istituzionale ed uno di tipo procedurale. Il primo consiste nell'assegnare in modo diretto, trasparente, netto la responsabilità della scelta alla Giunta regionale, cioè al massimo livello di responsabilità gestionale e programmatica del sistema sanitario regionale. Quello di tipo procedurale, invece, non prevede alcuna comparazione tra gli aspiranti e la stessa verifica dei requisiti risulta abbastanza semplice, anche perché un eccessivo appesantimento porterebbe, come è già accaduto in vigenza di normative più complesse, ad una mole notevole di contenzioso. Il nodo politico su cui incidere è quello che, mantenendo il rapporto fiduciario, pienamente in capo alla Giunta regionale, comporta la definizione in maniera puntuale dei meccanismi di verifica di tale scelta, attraverso una ricostruzione generale e precisa del processo della qualità totale. Insomma, occorre "più politica sanitaria", non chiusa, ove prevalgono le pesanti dinamiche della gestione, bensì in grado di sottoporsi nello spazio pubblico alla verifica dei comportamenti di sistema rispetto agli obiettivi di salute e di gestione.

In questa direzione si muove la presente proposta di legge che si caratterizza per quattro punti che tendono a incardinare un vero meccanismo di valutazione del sistema e, quindi, dei Direttori generali e della politica di governo regionale:

- a) assegnazione degli obiettivi obbligatoriamente prima del ciclo di valutazione;
- b) cicli di valutazione per monitorare il percorso di mandato;
- c) coinvolgimento delle Conferenze dei Sindaci nelle fasi di programmazione, valutazione, riprogrammazione e riconoscimento del ruolo del Consiglio regionale, che si esercita tramite l'espressione di un parere obbligatorio da parte della competente Commissione consiliare;
- d) istituzione di un soggetto, il Nucleo di Valutazione Regionale del sistema sanitario, anche con competenze esterne e con possibilità, anche ispettive, sulle attività nelle fasi extra valutative, composto da cinque membri di cui:
 - . un membro di nomina del Presidente della Giunta regionale;
 - . il Preside della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Genova;
 - . un manager aziendale con competenze specifiche in management sanitario;

- . un clinico extra Regione Liguria;
- . un clinico di fama nazionale.

Tutto ciò può permettere di strutturare una cultura di governo della valutazione, di ciò che si programma e si gestisce, attraverso una metodologia ed una continuità operativa.

Occorre, infine, che il ripensamento critico investa anche la Conferenza dei Sindaci. Poiché i poteri che spettano alle Conferenze dei Sindaci non rimangano una mera petizione di principio, è necessario che per il concreto esercizio dei nuovi poteri, i Sindaci dispongano di un supporto tecnico adeguato che li renda autorevoli interlocutori delle Aziende e della Regione. Si tratta di costituire un apparato di supporto alla Conferenza dei Sindaci dotato di uno staff tecnico e di un sistema di relazioni, in primis con il nuovo soggetto (il nucleo di valutazione del sistema sanitario regionale) che consenta di accedere direttamente ai dati di gestione del bilancio e della contabilità analitica per centri di costo e di disporre dei report del controllo di gestione e dei dati epidemiologici. Lo staff della Conferenza dei Sindaci, essendo inserito nel flusso informativo del sistema sanitario regionale, è in grado di consentire un'interpretazione delle azioni e delle scelte strategiche dell'Azienda, basata su una migliore cognizione di causa. In altre parole, il modello dovrebbe consentire di espletare al meglio la funzione di controllo pubblico dell'economia aziendale da parte dei poteri locali oltreché dei competenti organi regionali. Tutto ciò nel rispetto delle competenze e delle responsabilità che la legge attribuisce agli organi di controllo e agli organi di gestione, senza commistione di ruoli. Ciò porterà ad un arricchimento complessivo del modello gestionale delle aziende sanitarie, con l'inserimento di elementi di maggiore dialettica nel sistema aziendale, tali da avvicinarlo al modello delle imprese dotate di ampia partecipazione sociale, tale da far conseguire importanti miglioramenti gestionali e risparmi significativi di risorse finanziarie.

In ultimo, ma non per questo meno importante, è significativo prevedere un rafforzamento del ruolo dei cittadini utenti del Servizio Sanitario regionale, a completamento della piena e totale trasparenza dell'attività amministrativa, che si realizza tramite l'istituzione di un apposito spazio nel sito web aziendale ove i cittadini utenti del Servizio Sanitario regionale possano esprimere il grado di soddisfazione sugli operatori sanitari delle Aziende sanitarie di riferimento relativamente a puntualità, reperibilità, disponibilità al dialogo, completezza delle informazioni, organizzazione e, sui medici ospedalieri, relativamente ai tempi di attesa qualità percepita delle prestazioni.

Proposta di legge recante:**MISURE PER MIGLIORARE LA QUALITA' E LA TRASPARENZA NELLE PROCEDURE DI NOMINA E DI VALUTAZIONE DEI DIRETTORI DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI. MODIFICHE ED INTEGRAZIONI ALLA LEGGE REGIONALE 7 DICEMBRE 2006, N. 41 (RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE) E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI.****Articolo 1**

(Modifica all'articolo 16 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni ed integrazioni)

1. Dopo il comma 4 dell'articolo 16 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni ed integrazioni sono aggiunti i seguenti:
 - “ 4bis. Il Direttore generale garantisce un'adeguata informazione tra l'Azienda sanitaria locale e la Conferenza dei sindaci; il Direttore generale è tenuto a partecipare alle sedute della Conferenza stessa su invito del Presidente.
 - 4ter. Il Direttore generale assicura alla Conferenza dei Sindaci le risorse necessarie per lo svolgimento della propria attività in piena autonomia. A tal fine prevede uno specifico stanziamento in bilancio non inferiore allo 0,5 per mille delle risorse finanziarie annualmente assegnate dalla Regione per l'attività ordinaria. A tale stanziamento sono imputati i seguenti oneri:
 - per gli idonei locali messi a disposizione dall'Azienda sanitaria locale;
 - per il personale di segreteria messo a disposizione dai Comuni o dalla stessa Azienda sanitaria locale, incaricato dall'assistenza tecnica ai lavori e della predisposizione dell'istruttoria, degli adempimenti connessi alle decisioni, delle relazioni, degli ordini del giorno e dei verbali delle riunioni;
 - per le attività strumentali alla valutazione, quali indagini di audit e di benchmark decise dalla Conferenza stessa.

Articolo 2

(Inserimento di articoli)

1. Dopo l'articolo 19 della l.r. 41/2006 e successive modifiche ed integrazioni sono inseriti i seguenti:

“Articolo 19 bis”

(Procedure di nomina e valutazione del Direttore generale)

1. Per la nomina del Direttore generale, di cui all'articolo 19, la Giunta regionale provvede secondo le modalità ed i requisiti stabiliti dalla legge e su indicazione dei curriculum vitae presentati dal Nucleo di Valutazione Regionale del sistema sanitario, di cui all'articolo 19 ter.
2. La Giunta regionale determina con proprio atto le modalità per verificare la coerenza dei richiesti requisiti, culturali e professionali, rispetto al contenuto funzionale

dell'attività propria del Direttore generale, in attuazione di quanto previsto dal d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

3. La Conferenza dei Sindaci ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria, nel caso di manifesta inattuazione dei piani attuativi locali, può chiedere al Presidente della Giunta regionale di revocare il Direttore generale o, qualora il contratto sia già scaduto, di non disporre la conferma.
4. La Giunta regionale provvede alla assegnazione degli obiettivi di salute e di gestione dei servizi nonché alla verifica in termini di efficacia e di efficienza dei risultati di gestione conseguiti dai Direttori generali, secondo i tempi e le modalità seguenti:
 - a) entro trenta giorni dalla nomina e, successivamente entro il 28 febbraio di ogni anno, la Giunta regionale, acquisito il parere preventivo delle Conferenze dei Sindaci e della Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria, assegna a ciascun Direttore generale gli obiettivi di salute e di gestione dei servizi e successivamente comunica tali determinazioni al Consiglio regionale;
 - b) la valutazione di mandato si effettua dopo il secondo anno di attività ed al termine del mandato stesso con le modalità di cui alle lettere c), d) ed e);
 - c) il Nucleo di Valutazione Regionale del sistema sanitario, entro 60 giorni dalle scadenze di cui alla lettera b), rimette alla Giunta regionale una valutazione istruttoria sulle attività svolte dai Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali;
 - d) la Giunta regionale invia la documentazione di valutazione alle Conferenze dei Sindaci per acquisirne il parere, entro 40 giorni dall'invio della stessa;
 - e) la Giunta regionale, sulla base dei pareri precedentemente acquisiti dalle Conferenze dei Sindaci, invia una propria relazione sulla valutazione del sistema sanitario regionale alla Commissione consiliare competente per materia, al fine dell'acquisizione del parere obbligatorio, da rendersi entro il termine di trenta giorni, trascorsi i quali si intende espresso.
5. All'esito di tali verifiche, la Giunta regionale dispone, con provvedimento motivato, la conferma dell'incarico o la risoluzione del contratto. Nel caso in cui il contratto venga risolto, la Giunta regionale può procedere alla nomina del nuovo Direttore generale sulla base della selezione già effettuata per la nomina di quello uscente.
6. La Giunta regionale, in caso di decadenza del Direttore generale o di vacanza dell'ufficio, in via temporanea, fino alla data di stipula del contratto con il nuovo Direttore, attribuisce le funzioni al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario, ovvero procede alla nomina di un commissario straordinario in possesso dei requisiti previsti dalla legislazione vigente per la nomina a Direttore generale.

“Articolo 19 ter”

(Istituzione del Nucleo di Valutazione Regionale del sistema sanitario)

1. Ai fini di cui all'articolo 19 bis, la Giunta istituisce, presso la propria struttura, il Nucleo di Valutazione Regionale del Sistema sanitario, anche con competenze esterne e con possibilità, anche ispettive, sulle attività nelle fasi extra valutative, composto da cinque membri di cui:
 - . un membro di nomina del Presidente della Giunta regionale;
 - . il Preside della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Genova;

- . un manager aziendale con competenze specifiche di management sanitario;
- . un clinico extra Regione Liguria;
- . un clinico di fama nazionale.

2. Il Nucleo di Valutazione Regionale ha i seguenti compiti:

- a) funzioni istruttorie per individuare gli obiettivi di mandato da assegnare ai Direttori generali nonché i profili di valutazione degli stessi;
- b) funzioni istruttorie per la determinazione delle valutazioni di cui all'articolo 19 bis, comma 4;
- c) funzioni ispettive su mandato della Giunta regionale o su richiesta delle Conferenze dei Sindaci e della Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale”.

Articolo 3

(Modifica all'articolo 72 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni ed integrazioni)

- 1.** Dopo la lettera d) del comma 2 dell'articolo 72 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni ed integrazioni, è aggiunta la seguente:
“d bis) inserire nel sito web aziendale uno spazio ove i cittadini utenti del Servizio Sanitario Regionale possano esprimere il grado di soddisfazione sugli operatori sanitari delle Aziende sanitarie di riferimento, relativamente a puntualità, reperibilità, disponibilità al dialogo, completezza delle informazioni, organizzazione e, sui medici ospedalieri, relativamente a tempi di attesa e qualità percepita delle prestazioni”.