

## RELAZIONE AL DISEGNO DI LEGGE

### **“Tutela della salute e riordino del Servizio sanitario della Sardegna”**

1. Il presente d.d.l. intende adeguare il Servizio sanitario regionale della Sardegna sia alla riforma del Servizio sanitario nazionale introdotta con il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (di modifica del d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni), sia alla successiva revisione costituzionale del Titolo V della Costituzione introdotta con l. cost. 18 ottobre 2011, n. 3.

Sotto il primo profilo, il d.d.l. ridisciplina parte della materia già oggetto delle leggi regionali 26 gennaio 1995, n. 5 e 24 marzo 1997, n. 10, conseguentemente abrogando integralmente la prima e parzialmente la seconda (si veda l'art. 24, commi 1 e 2).

Sotto il secondo profilo, connesso al precedente, il d.d.l. costituisce momento attuativo dell'esercizio della potestà legislativa regionale in materia di assistenza, igiene e sanità pubblica (art. 4, comma 1, lett. *h* e *i*, l. cost. 26 febbraio 1948, n. 3, recante Statuto speciale per la Sardegna), in relazione alla competenza concorrente prevista nel novellato art. 117, comma 3, Cost., in tema di tutela della salute (competenza sulla cui “nuova” portata si vedano soprattutto le sentenze n. 282 e 510 del 2002 della Corte costituzionale) e alla disposizione contenuta nell'art. 10 della l. cost. 24 ottobre 2001, n. 3, la quale prevede che “sino all'adeguamento dei rispettivi statuti, le disposizioni della presente legge costituzionale si applicano anche alle Regioni a statuto speciale ed alle province autonome di Trento e di Bolzano per le parti in cui prevedono forme di autonomia più ampie rispetto a quelle già attribuite”.

Il Servizio sanitario regionale sardo aveva conosciuto, con le menzionate ll.rr. n. 5/1995 e n. 10/1997, il recepimento delle linee essenziali del riordino della sanità italiana effettuato dai d. lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993. Le leggi in questione, pur presentando nel loro complesso profili tecnicamente pregevoli, hanno scontato sia una difficoltà di attuazione in parti

significative (si pensi alla mancata adozione dei Piani sanitari regionali, o alla limitata operatività della distrettualizzazione), sia le carenze della normativa nazionale di principio contenuta nei menzionati decreti legislativi di riordino, i quali si presentavano, da una parte, eccessivamente dettagliati e, dall'altra, eccessivamente indeterminati in relazione a profili importanti della disciplina (si pensi alla nozione di livelli di assistenza sanitaria, all'aziendalizzazione, agli istituti dell'accREDITamento e dell'integrazione sociosanitaria).

Nella prospettiva del superamento di carenze storiche va allora questo disegno di legge, che svolge a livello normativo, per la parte sanitaria, le indicazioni contenute nella parte seconda del Piano regionale dei servizi sociali e sanitari, predisponendo un quadro legislativo il più possibile certo e chiaro, che consenta di fornire gli strumenti per il raggiungimento degli obiettivi di riordino e di riorganizzazione del sistema di erogazione dei servizi sanitari, capaci di corrispondere ai prioritari bisogni di salute evidenziati nel documento di programmazione sanitaria.

2. Con la riforma sanitaria del 1999 sono state, da un lato, esplicitamente confermate le linee di fondo del Servizio sanitario nazionale come istituito dalla l. 23 dicembre 1978, n. 833 e in particolare la centralità della persona titolare del diritto alla salute unitamente alle caratteristiche di universalità, equità e globalità della copertura assistenziale sanitaria, dall'altro sono state precisate le scelte della regionalizzazione e dell'aziendalizzazione quali strumenti per il raggiungimento di una sanità di qualità su tutto il territorio nazionale, sia attraverso la definizione dei livelli essenziali di assistenza intesi quali livelli necessari e appropriati per raggiungere tale obiettivo, sia attraverso la contestualità tra la decisione sulle risorse finanziarie da destinare alla tutela della salute e l'individuazione dei livelli medesimi.

Questo approccio è anche quello prescelto dal presente disegno di legge, il cui art. 1 detta i principi del Servizio sanitario regionale, informato ai principi nazionali, costituzionali e legislativi. Si tratta sia di principi di sistema (commi 2, 4 e 5), sia di principi organizzativi (commi 3, da 6 a 9), dai quali si desume la visione di un Servizio sanitario regionale non autoreferenziale, ma incentrato sulla persona titolare del diritto (e sui suoi bisogni di salute) e nel contempo

capace di apertura verso il sistema interregionale e nazionale. Un siffatto SSR è altresì in grado di far convergere su di essi, oltre al complesso organizzativo strettamente sanitario (Assessorato regionale, Aziende sanitarie, altri erogatori pubblici e privati), gli Enti locali (ai quali spetta non soltanto di rappresentare i bisogni di salute ma anche di concorrere alla verifica dei risultati di salute), le Università e il loro apporto sia in campo didattico sia nel campo dell'eccellenza scientifica (sul punto si veda anche l'art. 20, comma 1), gli organismi posti a tutela di beni e interessi strettamente collegabili alla salute, come l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente della Sardegna e l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sardegna (si veda l'art. 7, comma 4, lett. f).

3. Un primo gruppo di disposizioni tocca allora uno dei punti rimasti invariati nella fase iniziale dell'attuazione delle riforme del 1992/1993, quello delle condizioni e delle procedure di erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli di assistenza sanitaria (e sociosanitaria, stando all'importante precisazione contenuta nell'art. 2, comma 4), vero snodo per un sistema che voglia assicurare ai cittadini e agli utenti servizi appropriati sia dal punto di vista clinico sia da quello organizzativo.

Gli articoli da 2 a 6 provvedono ad adeguare l'ordinamento sardo alle cosiddette quattro A, cioè agli istituti previsti dal legislatore nazionale per assicurare un corretto equilibrio tra domanda e offerta di servizi sanitari: la fase dell'*autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie* (art. 3), intesa come verifica di coerenza rispetto al fabbisogno di una determinata collettività; quella dell'*autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie* (art. 4), collegata al possesso di requisiti minimi di carattere tecnologico, strutturale e organizzativo previsti come condizione per l'apertura e il funzionamento di strutture sanitarie; quella dell'*accreditamento istituzionale* (art. 5), garanzia di livelli non soltanto minimi ma altresì ulteriori di qualità e di coerenza con le scelte di programmazione regionale, necessari per relazionarsi con il SSR; quella infine quella degli *accordi contrattuali* (art. 6), strumento di garanzia del rispetto di volumi di attività correlati ai fabbisogni di salute e della sostenibilità economica dei relativi costi.

Si tratta di superare una situazione, per la nostra Regione, o di sostanziale inattuazione delle previsioni dei d.

lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993 (in materia di autorizzazione alla realizzazione o di accordi contrattuali), ovvero di presenza di una normativa rivelatasi in sé inidonea (in tema di autorizzazione al funzionamento e all'apertura), ovvero, com'è avvenuto per l'accREDITamento, al cui proposito va ricordato che la Regione Sardegna è ancora completamente in regime di accREDITamento provvisorio e per il quale pertanto si impone una rivisitazione della normativa e opportune disposizioni che sappiano favorire il superamento di situazioni caratterizzate dalla tendenza a perennizzare le soluzioni nate come transitorie.

In questo primo gruppo emerge già la scelta di rafforzare, nel quadro di un orientamento preoccupato della copertura amministrativa delle leggi e della loro fattibilità, la tecnostruttura a livello regionale (art. 4, comma 3; art. 5, comma 4), prevedendo che la Regione si avvalga di un apposito Nucleo tecnico per le autorizzazioni e gli accREDITamenti, che viene a subentrare al precedente e più circoscritto Nucleo di valutazione previsto dalla l. 13 ottobre 1998, n. 30 (si veda gli artt. 12, comma 2, e 24, comma 1, lett. *b*, del presente d.d.l.).

4. Un secondo gruppo di disposizioni tocca l'organizzazione delle Aziende u.s.l. e delle altre Aziende sanitarie (per tale nozione si veda l'art. 1, comma 3): si tratta degli artt. 7, 8, 9, 14 e 15. Cuore del gruppo è il completamento dell'aziendalizzazione e in particolare il ruolo e la procedura di adozione dell'atto aziendale di organizzazione e di funzionamento.

All'atto aziendale, conformemente al principio di disciplina contenuto nella legislazione nazionale, spetta in particolare di individuare le strutture operative nonché i compiti e le responsabilità del personale preposto ad esse. Nel presente d.d.l., accanto a tale compito, è possibile delineare tale atto come il vero e proprio snodo attorno al quale disegnare le scelte fondamentali dell'azienda. Non a caso è in sede di indirizzi in ordine alla redazione degli atti aziendali che la Giunta regionale va a specificare ulteriormente alcune scelte di fondo già puntualmente delineate in sede legislativa (art. 7, comma 4), dal collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale al modello dipartimentale, dalla valorizzazione del coinvolgimento degli utenti alla

valorizzazione della funzione di governo delle attività cliniche o governo clinico, dalla necessaria costituzione in ogni Azienda u.s.l. del Dipartimento di prevenzione al riconoscimento delle peculiarità organizzative delle Aziende sanitarie pubbliche diverse dalla Azienda u.s.l. (art. 14, comma 1).

Ritagliate sul modello del d. lgs. n. 229/1999 sono le disposizioni in tema di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, collegio sindacale (artt. 8 e 9).

L'art. 15 riordina, anche in tal caso utilizzando lo strumento dell'atto aziendale e dei relativi indirizzi, gli organi consultivi e di proposta, il Consiglio delle professioni sanitarie e il Collegio di direzione: quest'ultimo, in particolare, è presentato come il "motore" del governo clinico (art. 15, comma 2, lett. a).

5. Un terzo gruppo di disposizioni concerne la materia della programmazione, a livello regionale e locale. Da esse si trae anzitutto la conferma dell'importanza che, ai sensi del d.d.l., riveste la materia sanitaria nell'ambito regionale: il Piano dei servizi sanitari è proposto dalla Giunta regionale al Consiglio regionale, che lo approva contestualmente alla legge finanziaria quale allegato che non costituisce parte integrante della medesima; da parte sua la Giunta, sentita la competente commissione consiliare, approva gli atti che costituiscono attuazione del Piano stesso. La contestualità procedimentale vale a rimarcare, in questo caso, la contestualità logico-sostanziale tra le decisioni sulla manovra economica e le scelte in campo sanitario (si vedano anche, sul punto, gli artt. 12, comma 1, lett. b, e 16, comma 2, lett. c, e comma 3).

Le disposizioni in tema di programmazione al livello regionale confermano altresì la volontà di intendere quello sanitario come il campo per eccellenza della partecipazione dei cittadini, degli utenti e degli operatori (si veda l'ampio spazio dato alla consultazione sul Piano, art. 10, commi 2 e 3), secondo una linea di pensiero che trova larga conferma anche nelle disposizioni in materia di programmazione al livello locale (art. 11).

6. Un quarto gruppo di disposizioni attiene all'integrazione sociosanitaria. Più che per una disciplina a sé stante, il d.d.l. si caratterizza per la cura con cui sottolinea, a partire dal principio stabilito nell'art. 1, comma 9, la necessaria

integrazione dei due modelli di Stato del benessere, nella prospettiva di una continuità assistenziale e di una presa in carico del paziente e del bisognoso che non si limitino a mere formule linguistiche: dalla contestualità e compresenza dei due profili nel Piano regionale dei servizi sociali e sanitari (art. 10, comma 1), alle disposizioni in materia di distretti sociosanitari (art. 13), individuati come articolazione territoriale dell'Azienda u.s.l. e come luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale, alle disposizioni di raccordo tra la legge sul Sistema integrato regionale dei servizi alla persona e il presente d.d.l. (art. 11, comma 3; art. 13, comma 6).

7. Un quinto gruppo di disposizioni tocca i rapporti tra Regione e aziende sanitarie non più sotto il profilo, già esaminato, degli indirizzi per la redazione dell'atto aziendale, quanto piuttosto sotto quello del governo complessivo del sistema regionale.

Se da un lato (art. 12, comma 1), il d.d.l. disegna con chiarezza talvolta superiore a quella del legislatore nazionale il modello di tali relazioni (definizione di obiettivi generali e di specifici obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse; definizione preventiva dei criteri e dei parametri per le verifiche relative al raggiungimento di tali obiettivi), dall'altro le sopra menzionate disposizioni in tema di finanziamento del SSR precisano che già in sede di Documento di programmazione economica e finanziaria vanno determinati gli indirizzi generali per il governo del Servizio sanitario regionale, con particolare attenzione al perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario del medesimo (art. 16, comma 2, lett. c) e analoga disposizione il successivo comma 3 riferisce al contenuto stesso del provvedimento di riparto.

Innovative si presentano anche le disposizioni in tema di controlli regionali (art. 18), volte, da un lato, a impedire inutili e meramente burocratiche forme di controllo preventivo su atti e, dall'altro, ad assicurare alla Regione informazione tempestiva e completa circa i comportamenti aziendali incidenti sulle responsabilità regionali di governo complessivo del sistema, oltre che strumenti classici di intervento (si veda la riformulata disciplina del controllo di merito, art. 18, comma 2).

Incidenti sul profilo dei rapporti Regioni-aziende, oltre che su altri profili dell'organizzazione sanitaria, sono le norme

relative alla contabilità economico-patrimoniale e al sistema di programmazione e controllo (artt. 22 e 23). Qui si è scelto di considerare non superabile il vincolo, posto dal d. lgs. n. 502/1992, alla redazione di un bilancio di previsione annuale, parzialmente delegando peraltro la relativa disciplina, al di là delle indicazioni, peraltro puntuali, poste dalla legge stessa.

8. A sé stante, ancorché per più versi riaccordata con disposizioni già incontrate, è l'art. 19, istitutivo dell'Agenzia regionale della sanità, organismo tecnico-scientifico di supporto all'Assessorato dell'Igiene e sanità e dell'Assistenza sociale.

Si tratta di un organismo strettamente funzionale al governo regionale della sanità e nel contempo al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria in Sardegna. Organizzata secondo criteri di massima flessibilità operativa, articolata in aree di progetto corrispondenti alle funzioni affidatele dalla Regione, l'Agenzia fornirà al competente Assessorato un supporto tecnico a largo raggio in tema di: programmazione sanitaria; monitoraggio dei livelli essenziali e uniformi di assistenza; individuazione degli obiettivi dei direttori generali; valutazione dei risultati delle aziende sanitarie; controllo di merito e controllo di gestione sulle Aziende sanitarie; formazione del personale del SSR (artt. 12, comma 3; 18, commi 2 e 6; 19, comma 2 e 21, comma 1).

Istituita con la presente legge e da questa disciplinata nelle linee essenziali, l'Agenzia troverà la propria disciplina dettagliata mediante deliberazione della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare regionale (art. 19, comma 4).

9. Infine, quanto al personale del SSR, oltre alle disposizioni in materia di esclusività del rapporto di lavoro della dirigenza del ruolo sanitario (art. 17), si segnala, quale esempio dell'intendimento del Governo regionale di realizzare, entro tempi brevi, quel salto di qualità della sanità sarda da tempo auspicato e di cui incominciano a intravedersi i primi segnali, l'art. 21 in tema di formazione e in particolare della promozione da parte della Regione (eventualmente d'intesa con altre regioni e anche avvalendosi dell'Agenzia regionale della sanità) di occasioni di formazione sulla programmazione,

organizzazione e gestione dei servizi sanitari, con particolare attenzione alla diffusione delle tecniche di monitoraggio e controllo sull'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni e dei servizi sanitari: disposizione emblematica sia della apertura all'esterno del sistema sanitario sardo, sia dell'importanza della tecnostruttura dell'Agenzia, sia del convincimento, da parte della Giunta regionale che le tante e buone professionalità in campo medico e in generale sanitario di cui la Sardegna è ricca abbiano bisogno di un quadro organizzativo rinnovato.