



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa della senatrice BIANCHI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 21 MAGGIO 2008^(*)

Istituzione dell'Autorità per l'efficienza dell'assistenza ospedaliera

^(*) *Testo ritirato dal presentatore.*

ONOREVOLI SENATORI. - Il concetto di qualità nella sanità è stato introdotto nell'ordinamento sanitario con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Il legislatore ha inteso fare della qualità delle prestazioni l'obiettivo prioritario del Sistema sanitario nazionale (SSN), in base al quale le aziende devono adeguare la propria struttura alle esigenze dei cittadini e garantire loro prestazioni qualificate, misurando il grado di soddisfazione mediante un sistema di indicatori (*standard* di qualità).

Tuttavia, la mappa che è derivata dai sopralluoghi effettuati dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del SSN nella passata legislatura - tra le cui attività può senz'altro includersi quella di monitoraggio e verifica dei livelli essenziali di assistenza, e più in generale del grado di efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate, riscontrabili nelle varie realtà ospedaliere dislocate su tutto il territorio nazionale - nonché dalle audizioni e dalle relative relazioni approvate in Commissione, denota un quadro piuttosto preoccupante circa la situazione di alcune strutture sanitarie che operano in condizioni di estremo degrado, e a volte - vedi il caso del Policlinico Umberto I di Roma - senza le minime condizioni di sicurezza riservate ai pazienti e agli operatori sanitari.

L'Organizzazione mondiale della sanità pone il sistema sanitario italiano tra i primi tre al mondo per ciò che riguarda l'efficacia e l'efficienza delle cure prestate ai cittadini. Anche la Commissione ha evidenziato che, al di là di isolati episodi, la professionalità e l'eccellenza degli attori del sistema sanitario non solo è da confermarsi, ma va anche rilevata in quelle situazioni che sono state oggetto d'indagine, ove accanto a realtà

strutturali e organizzative fatiscenti, riconducibili più propriamente a responsabilità di natura manageriale dell'azienda ospedaliera, la qualità e il livello assistenziale di prestazioni riservate al cittadino mantengono sempre e comunque livelli di buona qualità.

Tuttavia, la geografia del sistema sanitario presenta una realtà assai differenziata in ragione della zona di ubicazione. Il Nord Italia si caratterizza, in generale, con un sistema assistenziale di alto livello, con modelli integrati di gestione pubblico-privato all'avanguardia anche rispetto ai sistemi sanitari degli altri Paesi europei. Lo stesso dicasi per il Centro Italia, con qualche criticità in più per ciò che attiene alla gestione di alcune strutture di eccellenza sanitaria, mentre un quadro decisamente più preoccupante emerge dalla valutazione del sistema assistenziale meridionale, dove accanto a tantissimi casi di eccellenza di prestazioni erogate, si annidano situazioni di criticità, spesso estranee alla pratica ospedaliera propriamente detta, ma che poi su questa inevitabilmente riflettono i propri esiti negativi (*deficit* finanziari, appalti delle forniture, gestione dei servizi, eccetera).

A tale proposito, la richiamata Commissione sull'efficacia e l'efficienza del SSN ha rilevato come la bontà del servizio assistenziale offerto nella quasi totalità delle regioni del Centro-Nord d'Italia coincida anche con il rispetto dell'equilibrio di bilancio, ed invece, ad eccezione del Lazio che rappresenta un caso a sé, proprio le regioni che presentano i maggiori disavanzi di gestione danno le minori garanzie in ordine alla qualità e quantità dei livelli assistenziali garantiti.

Ad esempio, la commissione Serra-Riccio, incaricata dal Ministro della salute di effet-

tuare un'indagine sullo stato dell'assistenza sanitaria calabrese, ha da poco concluso i suoi lavori tracciando un quadro tanto preciso quanto allarmante: su trentanove ospedali controllati, trentasei hanno irregolarità; nelle sessantatré strutture sanitarie verificate, trentotto hanno mostrato problemi di carattere gestionale; su tutte e sei le case di cura sono stati fatti rilievi relativi all'efficienza dei servizi forniti ai pazienti.

La situazione finanziaria delle regioni desta pertanto non poche preoccupazioni. Per quanto differenziata sul territorio, continua la pratica dell'accumulo dei disavanzi da parte di molte delle aziende sanitarie regionali. Disavanzi che poi vengono assorbiti dal bilancio dello Stato, con effetti negativi sulle finanze pubbliche nazionali. Il recente intervento sui debiti di diverse regioni in difficoltà, suscitano timori di un'incontrollabilità della spesa e di una diffusione di comportamenti irresponsabili.

In base al riordino legislativo del 1992, le regioni hanno affidato la produzione e l'erogazione dei servizi sanitari alle Aziende sanitarie locali (Asl) e alle Aziende ospedaliere (Ao). Queste hanno sostituito le vecchie Unità sanitarie locali (Usl), istituite con la creazione del SSN nel 1978.

Le Asl e le Ao sono enti pubblici dotati di personalità giuridica e di una certa autonomia gestionale, patrimoniale e contabile. Sono gestite da un direttore generale, nominato dalla regione, che a sua volta designa un direttore amministrativo e uno sanitario. Regione e Ministero della sanità eleggono una serie di consigli (sanitario, sindacale e di direzione) che hanno il compito di affiancare il direttore generale. Le centonovantacinque Asl esistenti garantiscono tutte le prestazioni fissate a livello nazionale dai Livelli essenziali di assistenza (LEA). Le Ao, che di fatto sono ospedali di rilievo regionale o interregionale costituiti in aziende in considerazione delle loro particolari caratteristiche, sono invece centodieci.

Per le risorse, le Asl dipendono per il 95 per cento dal fondo regionale per la salute, che a sua volta trae le sue risorse dai proventi di alcune tasse regionali (Irap e addizionale Irpef) e dai trasferimenti dello Stato. Questi fondi vengono assegnati alle diverse Asl in base a una serie di parametri, a loro volta decisi su base regionale, che includono la densità abitativa, l'età della popolazione, il suo tasso mortalità, e così via. Le Ao invece vengono finanziate in base alle prestazioni diagnostiche effettivamente erogate. Di fatto, il 75 per cento delle entrate e uscite dei bilanci delle regioni a statuto ordinario (e il 45 per cento di quelle a statuto speciale) è assorbito dalla spesa sanitaria, quasi interamente elargita alle Asl e alle Ao.

Quanto detto sottolinea l'importanza di un sistema efficace ed adeguato di monitoraggio e di verifica sia di come le autorità sanitarie territorialmente competenti gestiscono ed impiegano le risorse economiche, sia del livello quali-quantitativo dell'assistenza sanitaria erogata. In Italia, tale importante funzione è oggi affidata alle Asl, che si trovano così in una chiara situazione di conflitto di interessi, perché, in sostanza, è loro demandato il compito di controllare se stesse. Inoltre, è loro compito anche quello di controllare e garantire la sicurezza delle strutture ospedaliere.

È per tali ragioni che occorre rafforzare il sistema sanitario con l'istituzione di un'apposita Autorità terza cui demandare le funzioni di coordinamento dell'accreditamento della qualità, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, dei controlli e della valutazione del SSN, indipendentemente dalla natura giuridica pubblica o privata dell'erogatore.

Inoltre, agire per un riequilibrio del profilo erogativi dei LEA è decisivo per una destinazione più appropriata delle risorse e indispensabile alla stessa sostenibilità del sistema. Altrimenti la deriva verso una gestione esclusivamente di tipo contabile-finanziario del sistema diverrà inarrestabile. Peral-

tro, il monitoraggio sull'attuazione dei LEA, la loro revisione e il loro aggiornamento sono indispensabili per orientare l'offerta del SSN verso l'effettiva domanda di salute,

che muta costantemente per l'evoluzione del quadro epidemiologico, demografico e sociale. Questo monitoraggio è un'altra attività delle attività di controllo dell'Autorità.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

*(Istituzione dell'Autorità per l'efficienza
dell'assistenza ospedaliera)*

1. È istituita l'Autorità per la sicurezza dell'assistenza ospedaliera, di seguito denominata «Autorità», con sede in Roma.

Art. 2.

(Composizione)

1. L'Autorità è organo collegiale costituito dal presidente e da quattro membri, nominati con determinazione adottata d'intesa dai Presidenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica.

2. Il presidente è scelto tra persone di notoria indipendenza che abbiano ricoperto incarichi istituzionali di grande responsabilità e rilievo.

3. I quattro membri sono scelti tra persone di notoria indipendenza da individuare tra primari ospedalieri operanti in strutture sia pubbliche che private, professori universitari ordinari di scienze mediche, economiche o giuridiche, e personalità provenienti dal settore medico dotate di alta e riconosciuta professionalità.

4. I membri dell'Autorità sono nominati per cinque anni e non possono essere confermati. Essi non possono esercitare, a pena di decadenza, alcuna attività professionale o di consulenza, né possono essere amministratori o dipendenti di enti pubblici o privati, né ricoprire altri uffici pubblici di qualsiasi natura. I dipendenti statali sono collocati fuori ruolo per l'intera durata del mandato.

5. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono determinate le indennità spettanti al presidente e ai membri dell'Autorità.

Art. 3.

(Autonomia e indipendenza)

1. L'Autorità opera in piena autonomia e con indipendenza di giudizio e di valutazione.

2. L'Autorità delibera le norme concernenti la propria organizzazione e il proprio funzionamento, quelle concernenti il trattamento giuridico ed economico del personale e l'ordinamento delle carriere, nonché quelle dirette a disciplinare la gestione delle spese nei limiti previsti dalla presente legge, anche in deroga alle disposizioni sulla contabilità generale dello Stato.

3. L'Autorità provvede all'autonoma gestione delle spese per il proprio funzionamento nei limiti del fondo stanziato a tale scopo nel bilancio dello Stato e iscritto, con unico capitolo, nello stato di previsione della spesa del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

4. La gestione finanziaria si svolge in base al bilancio di previsione approvato dall'Autorità entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui il bilancio si riferisce. Il contenuto e la struttura del bilancio di previsione, il quale deve comunque contenere le spese indicate entro i limiti delle entrate previste, sono stabiliti con regolamento, che disciplina anche le modalità per le eventuali variazioni. Il rendiconto della gestione finanziaria, approvato entro il 30 aprile dell'anno successivo, è soggetto al controllo della Corte dei conti. Il bilancio preventivo e il rendiconto della gestione finanziaria sono pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale*.

Art. 4.

(Personale dell'Autorità)

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri è istituito un apposito ruolo del personale dipendente dell'Autorità. Il numero dei posti previsti dalla pianta organica non può eccedere le cinquanta unità. L'assunzione del personale avviene per pubblico concorso ad eccezione delle categorie per le quali sono previste assunzioni in base all'articolo 16 della legge 28 febbraio 1987, n. 56, e successive modificazioni.

2. Il trattamento giuridico ed economico del personale e l'ordinamento delle carriere sono stabiliti in base ai criteri fissati dal contratto collettivo di lavoro in vigore per la Banca d'Italia, tenuto conto delle specifiche esigenze funzionali ed organizzative dell'Autorità.

3. Al personale in servizio presso l'Autorità è in ogni caso fatto divieto di assumere altro impiego o incarico o esercitare attività professionali, commerciali e industriali.

4. L'Autorità può assumere direttamente dipendenti con contratto a tempo determinato, disciplinato dalle norme di diritto privato, in numero di venti unità. L'Autorità può inoltre avvalersi, quando necessario, di esperti da consultare su specifici temi e problemi.

5. Al funzionamento dei servizi e degli uffici dell'Autorità sovrintende il segretario generale, che ne risponde al presidente, e che è nominato dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, su proposta del presidente dell'Autorità.

Art. 5.

(Funzioni dell'Autorità)

1. L'Autorità svolge le seguenti funzioni:

a) coordina e sovrintende alle attività di controllo sulla definizione e sul rispetto degli

accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati, nonché sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni rese, di cui all'articolo 8-*octies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

b) definisce e aggiorna periodicamente le linee guida obbligatorie contenenti gli *standard* minimi di qualità relativi all'assistenza e ai ricoveri ospedalieri, definisce gli strumenti per verificare il rispetto degli *standard* minimi di qualità e verifica l'applicazione da parte delle strutture ospedaliere degli *standard* minimi definiti;

c) provvede a monitorare costantemente l'attuazione, in particolare riguardo all'interno delle strutture ospedaliere, dei livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e fornisce alle autorità competenti il proprio contributo al fine della revisione e dell'aggiornamento dei livelli essenziali e uniformi di assistenza;

d) effettua il controllo su come vengono gestite ed allocate le risorse finanziarie attribuite da ciascuna Azienda sanitaria locale (ASL) alle strutture ospedaliere e sull'effettivo utilizzo delle stesse per l'efficienza dell'assistenza ospedaliera e per il raggiungimento degli *standard* minimi di qualità di cui alla lettera *b)*. A tal fine le ASL e le aziende ospedaliere trasmettono all'Autorità i bilanci pluriennali di previsione, i bilanci di previsione annuale e i bilanci consuntivi di esercizio;

e) definisce i requisiti minimi necessari per l'accreditamento, ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, delle strutture ospedaliere private, al fine di garantire l'applicazione degli *standard* minimi di qualità dell'assistenza ospedaliera di cui alla lettera *b)* del presente comma su tutto il territorio nazionale;

f) verifica e prende ogni azione necessaria a garantire la sicurezza delle strutture

ospedaliera e dei pazienti e per assicurare il rispetto delle procedure interne alle strutture ospedaliere stesse;

g) si raccorda con le Conferenze permanenti per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale di cui all'articolo 2, comma 2-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. Le regioni sottopongono i progetti di Piano sanitario regionale all'Autorità, che esprime il proprio parere. Le regioni, nell'approvare il Piano sanitario regionale, possono discostarsi dalle osservazioni formulate dall'Autorità fornendo specifica motivazione.

Art. 6.

(Poteri di indagine dell'Autorità)

1. L'Autorità, valutati gli elementi comunque in suo possesso e quelli portati a sua conoscenza da chiunque vi abbia interesse, ivi compresi i cittadini e le associazioni rappresentative dei pazienti, procede ad istruttoria per verificare l'esistenza di situazioni di inefficienza dell'assistenza fornita dalle strutture ospedaliere.

2. L'Autorità può, inoltre, procedere, d'ufficio o su richiesta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, ad indagini conoscitive di carattere sanitario generale.

Art. 7.

(Potere di segnalazione al Parlamento)

1. L'Autorità individua i casi di particolare rilevanza nei quali norme di legge o di regolamento o provvedimenti amministrativi di carattere generale determinano un peggioramento della sicurezza dell'assistenza ospedaliera e dell'appropriatezza delle cure.

2. L'Autorità segnala le situazioni di cui al comma 1 derivanti da provvedimenti legislativi al Parlamento, al Presidente del Consi-

glio dei ministri e al Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

3. L'Autorità, ove ne ravvisi l'opportunità, esprime parere circa le iniziative necessarie per rimuovere o prevenire le situazioni di cui al comma 1 e può pubblicare le segnalazioni ed i pareri nei modi più congrui in relazione alla natura e all'importanza delle situazioni.

Art. 8.

(Attività consultiva)

1. L'Autorità può esprimere pareri sulle iniziative legislative o regolamentari e sui problemi riguardanti l'assistenza sanitaria quando lo ritenga opportuno, o su richiesta di amministrazioni ed enti pubblici interessati.

Art. 9.

(Relazione annuale)

1. L'Autorità presenta al Presidente del Consiglio dei ministri, entro il 30 aprile di ogni anno, una relazione sull'attività svolta nell'anno precedente. Il Presidente del Consiglio dei ministri trasmette entro un mese la relazione al Parlamento.

Art. 10

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale*.

