

**OSSERVATORIO  
LEGISLATIVO  
INTERREGIONALE**

**Roma 13 e 14 aprile 2000**

**Il Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. La Riforma del Servizio sanitario nazionale.**

- **Ruolo delle Regioni e dei Comuni nella riforma del servizio sanitario.**
- **Dirigenza medica, attività intramuraria ed ipotesi di incompatibilità nel quadro delle recenti riforme del settore sanitario.**

**Dott.ssa Carla Campana**

Segreteria presso Dipartimento Consiglio Regionale della Toscana  
Via Ricasoli, 44 - 50122 FIRENZE - TEL. 055/2387042 - FAX 055/2387032  
E-mail: [r.libertini@consiglio.regione.toscana.it](mailto:r.libertini@consiglio.regione.toscana.it)  
segreteria: [c.nugnes@consiglio.regione.toscana.it](mailto:c.nugnes@consiglio.regione.toscana.it)

## **Ruolo delle Regioni e dei Comuni nella riforma del servizio sanitario.**

### **Premessa**

Il d.lgs. 229/1999 dichiara nel titolo di voler perseguire la razionalizzazione del S.S.N. Dall'esame che avevo condotto della legge 419/1998 di delega al Governo, appunto, "per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale", nella riunione dell'Osservatorio di febbraio dell'anno scorso, era emersa la conclusione di una sostanziale tenuta del decreto legislativo 502/1992.

Con il d.lgs. 229/99 ogni aspetto del sistema vigente è stato rivisitato ed adeguato, a partire dagli strumenti della programmazione alla identità dei soggetti erogatori, all'organizzazione delle Aziende, dalla sicurezza e qualità delle prestazioni al rapporto di servizio della dirigenza sanitaria. I principi ispiratori della riforma del 1992 non sono stati, secondo la mia opinione, modificati ma la riforma del Servizio sanitario può definirsi profonda e sostanziale.

Per questo il compito che io e i colleghi della Campania ci siamo assunti è difficile da assolvere in modo completo. Abbiamo ritenuto di operare delle scelte e se Raffaele è d'accordo possiamo anche aggiornarci per approfondire altri aspetti interessanti della riforma. Tanto più che la normativa in esame fa rinvio in numerosi casi a provvedimenti, normativi e di indirizzo, statali e regionali, destinati a completare la riforma.

### **1. *Il ruolo della Regione e dei Comuni nel primo "riordino" del servizio sanitario.***

Al fine di inquadrare il contesto in cui collocare la cd. riforma Bindi del servizio sanitario, con particolare riferimento al ruolo della Regione e dei Comuni, occorre premettere alcuni brevi cenni sul ruolo delle Regioni e dei Comuni nella normativa precedente a tale riforma.

La legge 23 dicembre 1978, n. 833 si poneva come legge organica dell'azione pubblica e privata a tutela del diritto alla salute riconosciuto come fondamentale dall'art 32 della Costituzione. Il servizio sanitario costituiva il complesso delle strutture e delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla salute di tutta la popolazione.

Il Piano sanitario nazionale, approvato con legge, rappresentava lo strumento attraverso il quale assicurare condizioni di salute uniformi per tutto il territorio nazionale e livelli delle prestazioni sanitarie uguali per tutti i cittadini. Il dato che in questa sede occorre evidenziare è che per la gestione del servizio le prevalenti competenze di tipo amministrativo erano statali (art. 6), alcune delle quali, poche per la verità, delegate alle Regioni (art. 7) che, comunque, le esercitavano mediante sub – delega ai Comuni e, soprattutto, mediante le unità sanitarie locali “complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, e delle comunità montane” (art. 10, commi 1 e 2).

Naturalmente alle Regioni spettava, accanto ad una potestà legislativa attuativa ed integrativa della norma statale, il compito di predisporre il piano sanitario regionale e la determinazione degli ambiti territoriali delle u.s.l. (art. 11). Comunque il dato di rilievo è che il servizio sanitario aveva come punto di riferimento il comune tant'è che l'art. 13, comma 1, della l. 833/78 prevede che *“sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle Regioni”*.

Negli anni '80 è particolarmente avvertita l'esigenza del controllo della spesa sanitaria e questa può rappresentare una valida chiave interpretativa della legislazione di questo periodo.<sup>1</sup>

La legge 23 ottobre 1985, n. 595 segna un passaggio importante verso le Regioni perché, nel prevedere che il piano sanitario fosse approvato con atto amministrativo anziché con legge, attribuiva alle Regioni, attraverso la programmazione, il compito di fissare limiti ed obiettivi in grado di adeguare l'organizzazione e di razionalizzare le esigenze.

Poi, attraverso la legge 4 aprile 1991, n. 11 e la sostituzione dei comitati di gestione con la nomina regionale di amministratori straordinari possiamo dirci finalmente arrivati alla riforma del sistema sanitario.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Si ricorda la legge 26 aprile 1982, n. 181 che introdusse il collegio dei revisori dei conti nelle u.s.l. ed introdusse il principio della partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria (cd. ticket). La legge 27 dicembre 1983, n. 730 introdusse, poi, l'obbligo del pareggio del bilancio delle uu.ss.ll. e la responsabilità delle Regioni per le spese eccedenti gli importi derivanti dalla ripartizione del fondo sanitario nazionale. Tale previsione (art. 29) fu, poi, ritenuta dalla Corte Costituzionale illegittima nella parte in cui configurava un obbligo e non una facoltà per le Regioni di ricorrere al fondo del servizio regionale.

Per quel che interessa l'argomento, si può dire che il 502/92 rivede il ruolo dei Comuni sottraendo le u.s.l. ad essi e caratterizzando le stesse u.s.l. come aziende – enti strumentali della Regione.

Nel procedimento di programmazione è lasciato alle Regioni il coinvolgimento dei Comuni ai quali, comunque, è riconosciuta l'espressione del fabbisogno "socio sanitario" della propria comunità nell'ambito del procedimento di definizione delle linee di indirizzo per la programmazione dell'attività dell'azienda u.s.l. (art. 13). Importante è però che la strada da percorrere è disegnata dalla programmazione regionale nel cui ambito anche il Comune si può muovere. Il Comune ha un ruolo collaborativo o di partecipazione.

Il rapporto si deve creare all'atto della gestione associata dei servizi socio assistenziali nel momento in cui i Comuni decidono di delegare la gestione dei servizi socio assistenziali di cui è titolare il Comune sia dal punto di vista dei contenuti politici che dal punto di vista finanziario.

Detto questo e ricordate nei punti essenziali le tappe più significative possiamo dire che si registra un'inversione di rotta graduale ma decisa verso un ruolo più decisivo dei Comuni. Il passaggio è segnato dalla legge 25 marzo 1993, n. 81 sulla elezione diretta del Sindaco.

Poi la legge 59/1997 ed il federalismo con il principio di sussidiarietà segnano un ulteriore grosso passo verso una direzione sempre più decisa volta ad individuare nel Comune il livello più idoneo alla cura degli interessi e dei bisogni dei cittadini.

Ma ancora un passo importante è visibile nel decreto legislativo 112/1998 art. 115, comma 1, lett. a) in cui si prevede che quell'intesa sul piano sanitario nazionale che il decreto legislativo 502/92 prevedeva dovesse intervenire con le Regioni attraverso la Conferenza Stato – Regioni ora riguarda la Conferenza unificata.

Attraverso la Conferenza unificata, con il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 (art. 6), gli enti locali partecipano alla individuazione delle Regioni nelle quali avviare la

---

<sup>2</sup> Già con la legge finanziaria del 1992 si operò la scelta di modificare il sistema di finanziamento della spesa sanitaria per quota capitaria (e non per specifiche voci) cioè attraverso il costo pro capite dell'assistenza calcolato su parametri certi di standard organizzativi e di attività.

sperimentazione del nuovo sistema di partecipazione al costo delle prestazioni e delle esenzioni e, tanto per fissare qualche tappa, con la legge 27 dicembre 1997, n. 449 (art. 32) partecipano al procedimento per la riduzione della quota del fondo a quelle Regioni inadempienti agli obblighi di legge per il contenimento della spesa sanitaria.

La legge delega 13 novembre 1998, n. 419, insisto nel rimarcarlo, conferma la scelta in tema di regionalizzazione ed aziendalizzazione in una logica tesa a potenziare al massimo e nella massima chiarezza le attribuzioni di ciascun livello di governo. Da qui discende la volontà di escludere i Comuni dall'area gestionale.

L'art. 2, lett. l) prevede, infatti, la necessità di potenziare il ruolo dei Comuni nei procedimenti di programmazione sanitaria e socio – sanitaria che siano di competenza della Regione precisando come questi debbano restare esclusi *“da funzioni e responsabilità di gestione diretta del Servizio sanitario nazionale”*.

La legge stessa individua, poi, lo strumento per consentire la partecipazione nella programmazione e cioè un organismo che, a livello regionale, sia in grado di *“raccogliere e indirizzare”* verso la programmazione regionale le istanze che i Comuni rappresentano. Il potenziamento del ruolo dei Comuni deve, poi, essere realizzato anche attraverso la partecipazione di questi ai procedimenti di valutazione dei risultati dell'attività della Aziende. E dunque della valutazione di chi è preposto alle aziende.

Il criterio indicato alla lett. u) attiene, più che altro, alla dinamica del rapporto di tipo fiduciario tra Regione e direttore generale poiché il legislatore delegato deve assicurare il coinvolgimento del Comune e degli organismi di rappresentanza nel procedimento di revoca e valutazione dei direttori con riguardo ai risultati ottenuti rispetto agli obiettivi della programmazione regionale.

L'altro importante campo in cui il ruolo del Comune è incisivo è quello della integrazione socio sanitaria considerata un obiettivo da disciplinare effettivamente.

Sia l'aspetto della nomina e revoca del direttore generale sia gli aspetti della integrazione socio sanitaria sono oggetto della relazione dei colleghi.

Questa impostazione risulta collocata in modo coordinato nel nostro contesto normativo: il d.lgs. 112/1998 non prevede conferimenti in capo ai Comuni di funzioni amministrative in ordine alla tutela della salute ma prevede il coinvolgimento dei Comuni in ordine alla programmazione sanitaria affidando, tra l'altro, alla Conferenza unificata l'intesa sul Piano sanitario Nazionale (già la l. 662/1996 aveva previsto il parere dell'Anci)

## **2. Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 ed il ruolo dei Comuni nella programmazione regionale.**

L'art. 2, comma 2 bis, prevede che con legge regionale siano istituita e disciplinata "la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociale regionale". In particolare il comma 2 ter prevede che *"Il progetto del piano sanitario regionale è sottoposto alla Conferenza di cui al comma 2 bis, ed è approvato previo esame delle osservazioni eventualmente formulate dalla Conferenza. La Conferenza partecipa altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del piano attuativo locale, da parte delle aziende ospedaliere di cui all'art. 4, e dei piani attuativi metropolitani"*. Ancora l'art. 3 bis riguardante il Direttore generale che *"quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di imparzialità della amministrazione, la Regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale(...). In tali casi la Regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'art. 2, comma 2 bis, (...). Il Sindaco o la Conferenza di cui all'art. 2, comma 2 bis, nel caso di manifesta attuazione nella realizzazione del piano attuativo locale, possono chiedere alla Regione di revocare il direttore generale"*.

Dalle disposizioni citate emerge che tra gli strumenti per la partecipazione dei Comuni all'esercizio da parte delle Regioni delle competenze ad esse riservate in ambito sanitario è data preferenza agli organismi permanenti con funzioni consultive o di impulso procedimentale. Tale scelta è motivata nella esigenza da una parte di salvaguardare la responsabilità finale del titolare della competenza programmatica, del potere di vigilanza, di revoca, di risoluzione del contratto ma anche di assicurare l'apporto dei Comuni a livello collaborativo.

La disciplina del funzionamento e delle modalità di partecipazione di tali organismi ai procedimenti per l'esercizio delle competenze regionali è largamente rimessa alla Regione.

La Regione ha un ruolo di snodo delle competenze dei Comuni nell'ambito regionale. A livello normativo lo spazio lasciato alle Regioni è limitato non solo dai principi e criteri dettati dalla legge delega ma anche dalle disposizioni estremamente dettagliate del decreto delegato

In questo modo l'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario trova unitarietà ed uniformità su tutto il territorio.

Io ritengo che la soluzione individuata dal legislatore delegato abbia tentato di assicurare l'autonomia delle scelte delle Regioni da un lato e dall'altro abbia cercato di rendere "reale" il ruolo dei Comuni.

La legge regionale disciplina il procedimento per la elaborazione ed adozione del piano sanitario regionale (sul quale, comunque, il Ministro della sanità esprime un parere in ordine alla coerenza con il piano nazionale), dall'altra, però, la legislazione nazionale impone al legislatore regionale l'istituzione di un organismo (la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria) al quale il piano deve essere sottoposto prima della sua definitiva approvazione. A questo riguardo è previsto un potere sostitutivo in caso di inadempienza.

E' doveroso ricordare, poi, che il ruolo del Comune o della Conferenza dei Sindaci nell'ambito della programmazione delle aziende è rimasto immutato.

Con riferimento alla partecipazione ai procedimenti di valutazione dei risultati delle aziende nel decreto delegato da più parti è stata criticata la soluzione adottata poco chiara in quanto non è netta la distinzione tra piano attuativo locale ed obiettivi assegnati ai direttori generali all'atto della nomina. La legge regionale dovrà prevedere, per esempio, le forme e le modalità con le quali la Conferenza permanente per la programmazione verifica la realizzazione del piano attuativo locale da parte delle aziende ospedaliere ed inoltre dovrà dettare le modalità attraverso le quali si rapportano la programmazione regionale e quella attuativa locale definendo le procedure di

proposta ed approvazione del piano attuativo locale. In quest'ultimo ambito deve essere potenziato il ruolo del comune.

Ancora la Regione disciplina la vigilanza ed il controllo sulle aziende nonché la valutazione dei risultati dell'operato delle stesse, dettando forme e modalità di partecipazione delle Conferenze dei Sindaci che sono chiamate nell'attività di verifica dei risultati dell'azienda.

In ultimo il decreto delegato rinvia alla disciplina regionale per quanto attiene alle modalità con cui le aziende assicurano prestazioni e servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai Comuni.

Così come il decreto rende necessario il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane secondo criteri e modalità operative indicate dalle Regioni attraverso un possibile ricorso ad un organismo apposito che, se istituito, dovrà predisporre il piano attuativo metropolitano.

## **Dirigenza medica, attività intramuraria ed ipotesi di incompatibilità nel quadro delle recenti riforme del settore sanitario.**

### **1. La legislazione anteriore alla riforma Bindi.**

Anche con riguardo al presente tema, prima di soffermarmi brevemente sulla riforma in esame ritengo utile soffermarmi in breve sulle novità introdotte dalla normativa anteriore.

*In particolare l'art. 4, comma 7, della legge 412/1991 ha disposto che "Con il servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso. L'esercizio dell'attività libero – professionale dei medici dipendenti del servizio sanitario nazionale è compatibile con il rapporto unico di impiego, purché espletato fuori dall'orario di lavoro all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con l'esclusione di strutture private convenzionate con il servizio sanitario"*

L'art. 1, comma 5, della legge 662/1996 ha ulteriormente precisato che "Ferre restando le incompatibilità previste dall'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, da riferire anche alle strutture sanitarie private accreditate ovvero a quelle indicate dall'art. 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, l'opzione per l'esercizio della libera professione intramuraria da parte del personale dipendente del servizio sanitario nazionale, da espletare dopo aver assolto al debito orario, è incompatibile con l'esercizio di attività libero professionale. L'attività libero professionale da parte dei soggetti che hanno optato per la libera professione extra muraria non può comunque essere svolta presso le strutture sanitarie pubbliche, diverse da quella di appartenenza, o presso le strutture sanitarie private accreditate , anche parzialmente (..)"

Si richiama, poi, l'art. 72, comma 6, della legge 448/1998.

Il quadro completo di tali norme delinea l'obbligo per ogni professionista medico dipendente del Ssn, intenzionato a svolgere l'attività di libero professionista, a fare una scelta tenendo conto di due opzioni:

- 1) quella del lavoro libero professionale esterno alle strutture sanitarie pubbliche (cd. extramoenia);
- 2) quella del lavoro libero professionale interno alle strutture sanitarie pubbliche (intramoenia).

Il legislatore ha inteso perseguire la graduale eliminazione di quelle situazioni di concorrenza anomala e deviata in cui si sono trovate le strutture pubbliche e private a causa della prestazione d'opera effettuata dal sanitario presso entrambe le strutture.

## **2. La riforma Bindi.**

Il recente decreto 229 non ha modificato l'assetto complessivo della disciplina sopra configurata ma ha introdotto elementi di ancora più marcata caratterizzazione del lavoro alle dipendenze del Ssn rispetto all'attività libero professionale pura e tra l'attività libero professionale resa intramoenia ed extramoenia.

In particolare l'art. 13 ha introdotto nel 502 un art. 15 quater che privilegia in modo marcato l'esclusività del rapporto dei dirigenti sanitari con il Ssn assoggettando a tale statuto coloro che, dopo il 31 dicembre del 1998, hanno stipulato il contratto di lavoro o un nuovo contratto con l'azienda sanitaria ovvero coloro che, nel vigore del decreto 502 abbiano, entro la predetta data, optato per l'attività libero professionale intramuraria.

La norma esclude che il medico legato da un rapporto di lavoro esclusivo con il Ssn. possa chiedere il passaggio al rapporto di lavoro non esclusivo mentre l'opposta facoltà (passaggio al rapporto esclusivo) è consentita ai medici che, avendo prima del dicembre 1998 optato per la libera professione extramuraria, ne facciano domanda.

La volontà per i medici in servizio alla data del 31 dicembre 1998, di continuare a prestare attività libero professionale extramoenia deve essere espressamente confermata dagli interessati entro il termine perentorio di 90 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, presumendo l'eventuale silenzio corrispondente a opzione per il rapporto esclusivo. (Com'è noto, poi, con il D.Lgs. 2 marzo 2000, n.49 il termine di cui all'art. 15 quater, comma 3, è stato prorogato al 14 marzo 2000).

L'art. 15 quinquies fornisce la definizione di rapporto esclusivo: l'esclusività equivale a totale disponibilità del dirigente in favore del Ssn "nell'ambito della posizione ricoperta e della competenza professionale posseduta e della disciplina di appartenenza".

Declina però una serie di ipotesi implicanti ciascuna l'esistenza di un rapporto esclusivo con l'amministrazione sanitaria:

- È ritenuto compatibile con l'esclusività del rapporto lo svolgimento di attività libero professionale individuale ma a due condizioni e cioè che sia svolta nell'ambito delle strutture dell'azienda di appartenenza individuate dal direttore generale e che sia svolta al di fuori dell'orario di servizio.
- È configurabile il rapporto esclusivo nel caso in cui si partecipi ai proventi di attività a pagamento svolta in equipe purché vi sia una convenzione tra l'azienda di appartenenza e le predette aziende o strutture e che si tratti di attività svolta dopo l'orario di servizio.
- L'esclusività non è posta in discussione qualora il medico partecipi agli utili derivanti da attività professionali richieste da terzi all'azienda purché l'attività sia resa dopo l'impegno di servizio e consenta di ridurre i tempi di attesa per ricevere determinate prestazioni dall'azienda stessa e sentite le equipe dei servizi interessati.

In ogni caso la norma pone un limite quantitativo generale allo svolgimento dell'attività libero professionale che non può superare, quanto a volume di prestazioni, quella istituzionale ed affida alla disciplina contrattuale nazionale la definizione del corretto equilibrio tra i due tipi di attività imponendo il principio della prevalenza dell'attività istituzionale rispetto a quella libero professionale, il rispetto dei piani di attività programmati dalla Regione e dalla azienda di appartenenza e la verificabilità dell'attività professionale da parte di organi di controllo e sanzionabilità di comportamenti violativi delle direttive di cui sopra o dei contratti. <sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Per l'argomento si cita A. Nardone, Brevi considerazioni in tema di dirigenza medica, attività intramuraria ed ipotesi di incompatibilità nel quadro delle recenti riforme del settore sanitario, in *Sanità pubblica*, 10-1999.