

N. 278-799-977-*ter*-1552-1942-2146-2355-2529-2693-2909-A

CAMERA DEI DEPUTATI

PROPOSTE DI LEGGE

n. 278, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**FARINA COSCIONI, MAURIZIO TURCO, BELTRANDI,
BERNARDINI, MECACCI, ZAMPARUTTI**

Modifiche all'articolo 3-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per la riforma delle procedure di selezione dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere

Presentata il 29 aprile 2008

n. 799, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ANGELA NAPOLI, CARLUCCI

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

n. 977-ter, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

LIVIA TURCO, LETTA, GRASSI, ARGENTIN, BINETTI, BOSSA, BUCCHINO, D'INCECCO, MIOTTO, MOSELLA, MURER, PEDOTO, BELLANOVA, BERRETTA, BOFFA, BRAGA, BRANDOLINI, CALVISI, CECCUZZI, CODURELLI, COLANINNO, COLOMBO, DE BIASI, ESPOSITO, FADDA, GIANNI FARINA, FRONER, GATTI, GIOVANELLI, IANNUZZI, LUCÀ, LOVELLI, MATTESINI, MASTROMAURO, MOTTA, MAZZARELLA, RAMPI, ROSSA, SAMPERI, SARUBBI, SCHIRRU, SERVODIO, TIDEI, VANNUCCI, VELO, VICO, ZAMPA, AMICI, GINEFRA, MOSCA, NACCARATO, TULLO

Disposizioni in materia di efficienza e funzionalità
del Servizio sanitario nazionale

*(Già articoli da 7 a 19 della proposta di legge n. 977,
stralciati con deliberazione dell'Assemblea il 18 novembre 2008)*

n. 1552, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

DI VIRGILIO, CARLUCCI, PALUMBO

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche

Presentata il 29 luglio 2008

n. 1942, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MURA, PALAGIANO, DONADI, EVANGELISTI, BORGHESI

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di trasparenza nel conferimento degli incarichi dirigenziali del Servizio sanitario nazionale e di assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile delle strutture ospedaliere

Presentata il 21 novembre 2008

n. 2146, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MINARDO, CARLUCCI, FALICA, GAROFALO, PALMIERI

Disposizioni concernenti l'esercizio della libera professione da parte del personale sanitario di cui alla legge 1° febbraio 2006, n. 43, dipendente da amministrazioni pubbliche

Presentata il 3 febbraio 2009

n. 2355, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

DI PIETRO, MURA, PALAGIANO

Disposizioni concernenti l'esercizio della libera professione da parte del personale sanitario di cui alla legge 1° febbraio 2006, n. 43, dipendente da amministrazioni pubbliche

Presentata il 2 aprile 2009

n. 2529, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**SCANDROGLIO, PATARINO, BECCALOSSI,
BIASOTTI, CARLUCCI, GAVA**

Disposizioni concernenti l'esercizio della libera professione da parte del personale sanitario dipendente dal Servizio sanitario nazionale

Presentata il 23 giugno 2009

n. 2693, d'iniziativa del deputato ZAZZERA

Modifiche al decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, e al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per la trasparenza nella nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere

Presentata il 16 settembre 2009

n. 2909, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

DE POLI, NUNZIO FRANCESCO TESTA, ANNA TERESA FORMISANO, CAPITANIO SANTOLINI, CICCANTI, CIOCCHETTI, DELFINO, RAO

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di organizzazione delle aziende sanitarie locali, di livelli di assistenza per le prestazioni sociali e di dirigenza medica, nonché delega al Governo per il trasferimento delle competenze in materia di formazione del personale dalle università al Servizio sanitario nazionale

Presentata il 10 novembre 2009

(Relatore: **DI VIRGILIO**)

PARERI DELLA I COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E INTERNI)

Il Comitato permanente per i pareri della I Commissione,

esaminato il testo unificato delle proposte di legge C. 799 Angela Napoli ed abb., recante « Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale »,

considerato che le disposizioni da esso recate intervengono, in particolare, sulle previsioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante « Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 », come modificato dal decreto legislativo n. 229 del 1999, e sono quindi riconducibili, in gran parte, alla materia « tutela della salute », di competenza concorrente tra Stato e regioni ai sensi del terzo comma dell'articolo 117 della Costituzione,

richiamata la giurisprudenza della Corte Costituzionale in cui si evidenzia come il nuovo quadro di riferimento sia « caratterizzato dall'inserimento nell'ambito della legislazione concorrente (...) anzitutto della materia della tutela della salute, assai più ampia rispetto alla precedente materia assistenza sanitaria ospedaliera » (sentenze n. 270 del 2005 e n. 181 del 2006) e che con la riforma del Titolo V della Costituzione il quadro delle competenze è stato profondamente rinnovato e in tale quadro le regioni possono esercitare le attribuzioni, di cui ritengono di essere titolate, approvando una propria disciplina legislativa anche sostitutiva a quella statale,

tenuto altresì conto delle sentenze n. 50/2005, n. 336/2005 e n. 237/2009, in cui la Corte Costituzionale ha rilevato che « la nozione di « principio fondamentale », che costituisce il discrimine nelle materie di competenza legislativa concorrente tra attribuzioni statali e attribuzioni regionali, non ha e non può avere caratteri di rigidità e di universalità, perché le « materie » hanno diversi livelli di definizione che possono mutare nel tempo ed è il legislatore che opera le scelte che ritiene opportune, regolando ciascuna materia sulla base di criteri normativi essenziali che l'interprete deve valutare nella loro obiettività »,

ricordato che, secondo la giurisprudenza costituzionale (sentenze e della Corte Costituzionale n. 422/2006, n. 371/2008 e n. 50/2007), è in particolare ascrivibile alla materia « tutela della salute » la disciplina della nomina degli organi apicali di enti operanti in campo sanitario e quella dell'attività libero-professionale intramuraria del personale sanitario,

evidenziato che talune delle disposizioni recate dal testo — pur autoqualificandosi come « principi fondamentali » — intervengono su una disciplina rientrante nell'ambito della competenza concorrente tra lo Stato e le regioni con norme che appaiono specifiche e di dettaglio,

segnalata, in particolare, l'opportunità di rivedere — tenendo conto del vigente quadro di riparto di competenze tra Stato e regioni e della giurisprudenza costituzionale in materia — le seguenti previsioni: l'articolo 2, commi da 1 a 3, che disciplina la composizione e le competenze del collegio di direzione; l'articolo 3, comma 1, lettera *b*), nella parte in cui interviene sui requisiti per l'accesso all'incarico di direttore generale e sulle modalità di valutazione di tali requisiti; l'articolo 4, che introduce una nuova disciplina per l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa; l'articolo 6, che interviene sull'organizzazione dipartimentale, e l'articolo 10, che reca disposizioni per la libera professione intramuraria degli operatori sanitaria non medici,

rilevato al contempo, con riguardo all'articolo 4, comma 1, lettera *b*), nella parte in cui prevede che la Commissione incaricata di individuare una terna di persone per l'attribuzione dell'incarico di direttore di struttura complessa è composta di tre membri individuati con pubblico sorteggio da un elenco redatto e curato dalla Giunta regionale, che, secondo la consolidata giurisprudenza della Corte costituzionale, alle leggi statali non è consentito individuare direttamente l'organo regionale competente ad adottare un determinato atto, alla luce di quanto stabilito dall'articolo 123 nonché dall'articolo 117, quarto comma, della Costituzione (sentenza della Corte Costituzionale n. 387/2007 e, nello stesso senso, *ex multis*, sentenze n. 74/2001, n. 355/1993 e n. 407/1989),

considerato che l'articolo 4, comma 1, lettera *b*), comma 2, ultimo periodo, disciplina la nomina del direttore delle aziende ospedaliero-universitarie, con una *deminutio*, rispetto alla normativa vigente, del ruolo del rettore, con possibili riflessi negativi sull'autonomia universitaria,

rilevato che l'articolo 1, comma 2, si riferisce al governo delle attività cliniche degli istituti « individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131 »,

ricordato, al riguardo, che l'articolo 1, comma 4, legge n. 131 del 2003 reca una delega al Governo per l'adozione di uno o più decreti legislativi meramente ricognitivi dei principi fondamentali che si traggono dalle leggi vigenti, nelle materie di competenza concorrente tra Stato e regioni previste dall'articolo 117, terzo comma, della Costituzione e che, allo stato, i termini per l'esercizio della delega risultano scaduti e non sono stati emanati decreti attuativi in materia sanitaria, fermo restando che i principi fondamentali in materia di professioni sono stati, a loro volta, definiti dal decreto legislativo n. 170 del 2006, in attuazione della citata delega,

segnalata quindi l'esigenza di chiarire il riferimento agli istituti « individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131 », contenuto nell'articolo 1, comma 2,

rilevato inoltre che l'articolo 3-ter, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, disciplina in maniera dettagliata le modalità di individuazione dei membri dei collegi sindacali delle

aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, prevedendo designazioni da parte ministeriale, mentre la Corte costituzionale, nella sentenza n. 270 del 2005, ha rilevato che la intervenuta modificazione del Titolo V della Costituzione non legittima ulteriormente una presenza obbligatoria per legge di rappresentanti ministeriali in ordinari organi di gestione o di controllo di enti pubblici che non appartengono più all'area degli enti statali, dichiarando l'illegittimità costituzionale dell'articolo 4, comma 3, del decreto legislativo n. 288/2003, nella parte in cui determinava le modalità di designazione dei cinque membri del collegio sindacale degli IRCCS;

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente condizione:

siano riviste le seguenti previsioni, limitando l'intervento legislativo alla sola determinazione dei principi fondamentali:

articolo 2, commi da 1 a 3, che interviene con norme di dettaglio sulla composizione e le competenze del collegio di direzione;

articolo 3, comma 1, lettera *b*), nella parte in cui disciplina i requisiti per l'accesso all'incarico di direttore generale e le modalità di valutazione di tali requisiti;

articolo 4, che introduce una nuova disciplina per l'attribuzione di incarichi di studio, di struttura semplice e complessa ai dirigenti medici, materia che attiene all'organizzazione interna delle aziende;

articolo 6, che interviene sull'organizzazione dipartimentale, materia che attiene alle competenze regionali;

articolo 10, che reca disposizioni per la libera professione intramuraria degli operatori sanitari non medici, senza prevedere una disciplina regionale, a differenza dell'articolo 9, sull'attività libero-professionale dei dirigenti medici e sanitari,

e con le seguenti osservazioni:

a) si segnala l'opportunità di chiarire il riferimento agli istituti « individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131 », contenuto nell'articolo 1, comma 2;

b) con riferimento all'articolo 4, comma 1, lettera *b*), comma 2, ultimo periodo, relativo alla nomina del direttore delle aziende ospedaliero-universitarie, si valuti l'opportunità di evitare un'alterazione degli attuali criteri di selezione;

c) si valuti l'opportunità di adeguare il disposto dell'articolo 3-ter, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992, alla giurisprudenza costituzionale sulla composizione dei collegi sindacali degli enti pubblici non statali, rimettendo alla normativa regionale la disciplina delle modalità di individuazione dei relativi membri.

Parere espresso il 25 novembre 2009.

La I Commissione,

esaminato il nuovo testo unificato delle proposte di legge C. 799 ed abbinata, recante « Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale »,

richiamato il proprio parere del 25 novembre 2009, sul precedente testo unificato trasmesso dalla Commissione di merito,

richiamata la giurisprudenza della Corte costituzionale in cui si evidenzia come il nuovo quadro di riferimento sia « caratterizzato dall'inserimento nell'ambito della legislazione concorrente (...) anzitutto della materia della tutela della salute, assai più ampia rispetto alla precedente materia assistenza sanitaria ospedaliera » (sentenze n. 270 del 2005 e n. 181 del 2006) e che con la riforma del Titolo V della Costituzione il quadro delle competenze è stato profondamente rinnovato e in tale quadro le regioni possono esercitare le attribuzioni, di cui ritengano di essere titolate, approvando una propria disciplina legislativa anche sostitutiva a quella statale,

tenuto altresì conto delle sentenze n. 50/2005, n. 336/2005 e n. 237/2009, in cui la Corte costituzionale ha rilevato che « la nozione di “principio fondamentale”, che costituisce il discrimine nelle materie di competenza legislativa concorrente tra attribuzioni statali e attribuzioni regionali, non ha e non può avere caratteri di rigidità e di universalità, perché le “materie” hanno diversi livelli di definizione che possono mutare nel tempo ed è il legislatore che opera le scelte che ritiene opportune, regolando ciascuna materia sulla base di criteri normativi essenziali che l'interprete deve valutare nella loro obiettività »,

ricordato che, secondo la giurisprudenza costituzionale (sentenze e della Corte Costituzionale n. 422/2006, n. 371/2008 e n. 50/2007), è in particolare ascrivibile alla materia « tutela della salute » la disciplina della nomina degli organi apicali di enti operanti in campo sanitario e quella dell'attività libero-professionale intramuraria del personale sanitario,

evidenziato che talune delle disposizioni recate dal testo – pur configurandosi come « principi fondamentali » e nonostante la titolarità degli interventi siano posti in capo alle regioni – intervengono su una materia rientrante nell'ambito della competenza concorrente tra lo Stato e le regioni con norme che appaiono, in parte, specifiche e di dettaglio,

richiamate, al riguardo, le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *c*), riguardante il collegio di direzione; all'articolo 3, comma 1, lettera *b*), che detta norme sui requisiti per l'accesso all'incarico di direttore generale e le modalità di valutazione di tali requisiti; all'articolo 4, relativo all'attribuzione di incarichi di studio, di struttura semplice e complessa ai dirigenti medici; all'articolo 6, comma 1, capoverso articolo 17-*bis*, comma 2, che interviene sull'or-

ganizzazione dipartimentale, materia che attiene alle competenze regionali,

considerato che l'articolo 13 dispone l'abrogazione delle disposizioni del decreto legislativo n. 502 del 1992 relative al rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari; l'articolo 9, a sua volta, rimette alle regioni la disciplina dell'attività libero-professionale dei dirigenti,

rilevato, quindi, che l'abrogazione della disciplina vigente disposta dall'articolo 13 ha effetto dalla data di entrata in vigore della legge, mentre la nuova disciplina entrerà in vigore solo con l'approvazione delle leggi regionali previste dall'articolo 9 e che appare, dunque, opportuno un coordinamento tra le disposizioni dell'articolo 9 e dell'articolo 13,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente condizione:

appare necessario riformulare quali principi generali nell'ambito dei quali si potrà esercitare la potestà legislativa concorrente delle regioni le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *c*), all'articolo 3, comma 1, lettera *b*), all'articolo 4, all'articolo 6, comma 1, capoverso articolo 17-*bis*, comma 2, che pongono in capo alle regioni la titolarità dell'intervento, ma dettano poi disposizioni che appaiono, in una certa misura, di dettaglio;

e con la seguente osservazione:

appare opportuno prevedere un coordinamento tra l'articolo 13 — che dispone l'abrogazione a far data dall'entrata in vigore della legge della disciplina vigente in materia di rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari — e l'articolo 9 che stabilisce che la nuova disciplina in materia di attività libero-professionale dei dirigenti entrerà in vigore solo con l'approvazione delle leggi regionali ivi previste.

Parere espresso il 3 giugno 2010.

PARERI DELLA II COMMISSIONE PERMANENTE

(GIUSTIZIA)

NULLA OSTA

Parere espresso l'11 novembre 2009.

La Commissione Giustizia,

esaminato il nuovo testo unificato in oggetto,

rilevato che:

l'articolo 10, comma 2, lettera *e-bis*), nell'ambito della disciplina delle attività libero-professionali dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, prevede che: « le regioni disciplinano i provvedimenti sanzionatori, fino alla revoca dell'esercizio dell'attività professionale, in caso di violazione, da parte dei dirigenti, delle disposizioni di legge e delle modalità di esercizio dell'attività libero-professionale, come definite dalle regioni ai sensi del presente articolo »;

la formulazione della norma potrebbe essere chiarita, sotto il profilo tecnico, precisando che le regioni stabiliscono il quadro delle sanzioni amministrative applicabili e che tali sanzioni, nei casi di maggiore gravità, possono comportare l'inibizione dell'esercizio dell'attività libero-professionale;

il riferimento ad un provvedimento di revoca potrebbe risultare fuorviante ove non riferibile con certezza ad un precedente atto autorizzatorio,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente osservazione:

valuti la Commissione di merito l'opportunità di precisare la formulazione dell'articolo 10, comma 2, lettera *e-bis*), come indicato in premessa.

Parere espresso il 4 maggio 2010.

PARERE DELLA V COMMISSIONE PERMANENTE

(BILANCIO, TESORO E PROGRAMMAZIONE)

La V Commissione,

esaminato l'ulteriore nuovo testo unificato del progetto di legge C. 799 e abbinate, recante principi fondamentali in materia di governo dell'attività cliniche;

preso atto dei chiarimenti forniti dal Governo secondo cui:

all'articolo 4, comma 1, lettera *a*), è necessario, al terzo periodo, sopprimere le parole: « secondo modalità definite dalla contrattazione collettiva nazionale » al fine di evitare dubbi interpre-

tativi, tenuto conto che tale previsione è già contemplata nel primo periodo della medesima lettera *a*) ed è riferita a tutte le tipologie di incarichi previsti dall'articolo 15, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, ivi compresi gli incarichi di struttura semplice;

le disposizioni di cui all'articolo 8 sono suscettibili di determinare effetti finanziari negativi per il Servizio sanitario nazionale, in relazione ad eventuali politiche limitative del *turn over* adottate in ambito regionale, nonché alla circostanza che, nel caso di sostituzione del personale in questione, il trattamento economico riconosciuto ai nuovi assunti risulterebbe comunque inferiore al trattamento goduto dai soggetti più anziani collocati in quiescenza; tali criticità si pongono, soprattutto, con riguardo alle regioni sottoposte a piani di rientro dai *deficit* sanitari, nell'ambito dei quali sono attualmente previste significative misure di limitazione del *turn over*;

considerata la necessità, al fine di evitare l'insorgere di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, di prevedere che ai componenti della commissione di cui all'articolo 3, comma 1, lettera *c*), capoverso *3-ter*, non è corrisposto alcun compenso, indennità o rimborso spese;

ritenuto che la disciplina di cui all'articolo 8, pur riprendendo i contenuti dell'articolo 22 dell'A.S. 1167-*B/bis*, appare tuttavia estenderne la portata e risulta pertanto suscettibile di determinare effetti negativi per la finanza pubblica;

osservato, con riferimento all'articolo 10, come l'eventualità di rivendicazioni, da parte del personale interessato, del regime di esclusività e della correlata indennità appare da escludere, in quanto non si realizza alcun parallelismo con le norme relative alla dirigenza sanitaria, che del resto presenta peculiarità tali da giustificare una disciplina normativa diversa nei presupposti e nei contenuti dell'esercizio dell'attività professionale;

rilevato, in particolare, come l'articolo 10 non preveda la possibilità di optare tra l'esercizio dell'attività *intra o extra moenia* e si limiti a rimettere alle aziende sanitarie la scelta in ordine all'attivazione della libera professione per gli operatori sanitari non medici, con potenziali effetti finanziari positivi per il Sistema sanitario nazionale;

ritenuto necessario precisare, con riferimento all'articolo 10, comma 2, lettera *c*), che le spese di carattere organizzativo sostenute dalle aziende dovranno essere integralmente rimborsate a valere sulle tariffe corrisposte dagli utenti;

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti condizioni, volte a garantire il rispetto dell'articolo 81, quarto comma, della Costituzione:

All'articolo 3, comma 1, lettera c), capoverso comma 3-ter, aggiungere infine il seguente periodo: Ai componenti della commissione non è corrisposto alcun compenso, indennità o rimborso spese.

All'articolo 4, comma 1, lettera a), terzo periodo, sopprimere le parole: secondo modalità definite dalla contrattazione collettiva nazionale.

Sopprimere l'articolo 8.

All'articolo 10, comma 2, lettera c), aggiungere, in fine, le seguenti parole: , fatta salva la necessità di compensare integralmente i costi sostenuti dalle aziende.

Parere espresso il 3 giugno 2010.

PARERI DELLA VI COMMISSIONE PERMANENTE (FINANZE)

La VI Commissione,

esaminato, ai sensi dell'articolo 73, comma 1-*bis*, del Regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria, il Testo unificato delle proposte di legge C. 799 e abbinate, recante « Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale », come risultante dagli emendamenti approvati dalla Commissione di merito,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente condizione:

con riferimento all'articolo 10, il quale reca disposizioni in materia di esercizio di attività libero-professionale da parte degli operatori sanitari non medici che operino con contratto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture sanitarie pubbliche, provveda la Commissione di merito a specificare che i redditi derivanti dallo svolgimento della libera professione intramuraria da parte dei predetti operatori sanitari non medici, sono qualificati, a fini tributari, come assimilati a quelli di lavoro dipendente, ai sensi dell'articolo 50, comma 1, lettera e), del testo unico delle imposte sui redditi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917.

Parere espresso il 10 novembre 2009.

La VI Commissione,

esaminato, ai sensi dell'articolo 73, comma 1-*bis*, del Regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria, il nuovo testo unificato delle proposte di legge C. 799 e abbinate, recante Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche, come risultante dagli emendamenti approvati dalla Commissione di merito, esprime

PARERE FAVOREVOLE

Parere espresso il 4 maggio 2010.

PARERI DELLA VII COMMISSIONE PERMANENTE

(CULTURA, SCIENZA E ISTRUZIONE)

La VII Commissione (Cultura, scienza e istruzione),

esaminato il nuovo testo unificato delle proposte di legge C. 799 e abbinate contenente « Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale »;

rilevato che il comma 2 dell'articolo 9 prevede, al primo periodo, che i professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assistenziali con il collocamento a riposo o fuori ruolo, fatto salvo quanto previsto dalla legge 4 novembre 2005, n. 230 e, al secondo periodo, che i professori universitari, pur cessando dalle ordinarie attività assistenziali, se impegnati in progetti di ricerca clinica di carattere nazionale o internazionale, possono continuare a svolgere l'attività di ricerca prevista nel progetto;

sottolineato che il comma 17 dell'articolo 1 della legge n. 230 del 2005, prevede per i professori universitari l'abolizione del collocamento fuori ruolo per limiti di età e che è necessario sopprimere il secondo periodo dell'articolo 9 del testo in esame per ragioni di parità di trattamento, dato che la possibilità ivi prevista non è contemplata per gli altri professori universitari non medici;

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti condizioni:

1) appare necessario sopprimere all'articolo 9, comma 2, primo periodo, le parole « o fuori ruolo »;

2) appare altresì necessario sopprimere il secondo periodo dell'articolo 9, comma 2.

Parere espresso il 12 maggio 2010.

La VII Commissione,

esaminato il nuovo testo unificato delle proposte di legge C. 799 e abbinate concernente « Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale »;

rilevato che il comma 2 dell'articolo 8 prevede, al primo periodo che i professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assistenziali con il collocamento a riposo fatto salvo quanto previsto dalla legge 4 novembre 2005, n. 230, e, al secondo periodo che i professori universitari, pur cessando dalle ordinarie attività assistenziali, se impegnati in progetti di ricerca clinica di carattere nazionale o internazionale, possono continuare a svolgere l'attività di ricerca prevista nel progetto;

sottolineato che è necessario sopprimere il secondo periodo dell'articolo 8, comma 2, del testo in esame per ragioni di parità di trattamento, dato che la possibilità ivi prevista non è contemplata per gli altri professori universitari non medici;

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti condizioni:

1) appare necessario sopprimere il secondo periodo dell'articolo 8, comma 2;

2) appare altresì necessario al comma 3 dell'articolo 8, dopo le parole: « professori universitari » inserire le seguenti: « e ai ricercatori universitari ».

Parere espresso il 3 giugno 2010.

PARERI DELLA XI COMMISSIONE PERMANENTE

(LAVORO PUBBLICO E PRIVATO)

La XI Commissione,

esaminato, per le parti di competenza, il testo unificato C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni, C. 1942 Mura, C. 2146 Minardo, C. 2355 Di Pietro, C. 2529 Scandroglio e C. 2963 Zazzera,

esprime

PARERE CONTRARIO

Parere espresso il 20 gennaio 2010.

La XI Commissione,

esaminato il nuovo testo unificato delle proposte di legge C. 799 e abbinata, recante « Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche »;

valutate, in particolare, le disposizioni di più diretta competenza della XI Commissione, tra le quali si segnalano soprattutto gli articoli 2-bis, 3, 6, 9, 10 e 11;

considerato che il provvedimento — che intende positivamente rendere flessibile e articolato il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti — appare migliorato in modo sensibile rispetto alla precedente versione del testo unificato, che presentava taluni elementi problematici in ordine al rapporto tra legislazione statale e regionale;

evidenziato, peraltro, che talune disposizioni recate dal provvedimento, anche nelle materie di più diretto interesse della XI Commissione (tra cui si segnalano le disposizioni relative alla disciplina delle figure professionali del direttore socio-sanitario o dei servizi sociali, nonché del direttore sanitario e del direttore amministrativo, ovvero le norme sulla valutazione dei direttori generali, dei dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento), intervengono con norme talora specifiche e di dettaglio su una disciplina in parte rientrante nell'ambito della competenza legislativa concorrente tra lo Stato e le regioni;

segnalato, in ogni caso, che le disposizioni sopra richiamate appaiono comunque coerenti con il principio di sussidiarietà, già operante a livello costituzionale e in via di ulteriore definizione alla luce della riforma in senso federale dell'ordinamento, per cui appare evidente che l'autonomia regionale potrà esplicarsi pienamente all'interno delle « norme-cornice » definite dal progetto di legge in esame;

rilevato, altresì, che l'articolo 9 reca disposizioni in tema di limiti di età che sembrerebbero non confliggenti con il contenuto del cosiddetto « collegato lavoro », ossia il disegno di legge n. 1441-*quater*-D, rinviato alle Camere dal Presidente della Repubblica, già approvato dalla Camera ed attualmente all'esame del Senato;

preso atto, infine, che occorre prestare la massima attenzione alle modalità di attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 11, che disciplinano la libera professione intra-muraria degli operatori sanitari non medici;

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente condizione:

con specifico riferimento alle disposizioni richiamate in premessa, si raccomanda di introdurre una apposita « clausola di

coordinamento », che affermi il carattere accessorio e cedevole delle norme procedurali e di dettaglio concernenti le diverse figure professionali e i meccanismi per la determinazione di requisiti di accesso, sistemi di valutazione e modalità di individuazione degli incarichi a queste riferite, nel senso che tali norme si intendano integralmente applicabili solo in caso di « vuoto normativo » regionale, potendo le regioni stesse intervenire a loro volta — nell'ambito dei principi generali dettati dal provvedimento — con proprie norme destinate a sostituirsi a quelle della legislazione statale.

Parere espresso il 6 maggio 2010.

La XI Commissione,

esaminato l'ulteriore nuovo testo unificato delle proposte di legge C. 799 e abbinate, recante Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche;

ricordato che la Commissione aveva già espresso un parere favorevole con condizione sulla precedente versione del provvedimento in questione, raccomandando in quella occasione di affermare, per determinate materie, il carattere accessorio e cedevole delle norme procedurali e di dettaglio della legislazione statale rispetto a quelle di derivazione regionale;

rilevato che la Commissione di merito, a seguito dei rilievi formulari sulla versione precedente del testo unificato, ha ritenuto di modificare ulteriormente il provvedimento;

considerato che l'ulteriore nuova versione del testo risultante dall'approvazione dei nuovi emendamenti presentanti — che intende positivamente rendere flessibile e articolato il modello organizzativo — appare migliorata in modo sensibile, soprattutto rispetto alle disposizioni di più diretta competenza della XI Commissione, tra le quali si segnalano gli articoli 3, 5, 8, 9 e 10;

evidenziato che la Commissione di merito sembra abbia tenuto conto dei rilievi contenuti nel precedente parere della XI Commissione, rafforzando le norme di principio sulle materie richiamate;

esprime

PARERE FAVOREVOLE

Parere espresso il 3 giugno 2010.

PARERI DELLA XIV COMMISSIONE PERMANENTE
(POLITICHE DELL'UNIONE EUROPEA)

La XIV Commissione,

esaminato il testo unificato C. 799 Angela Napoli e abb. recante « Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale »,

esprime

PARERE FAVOREVOLE.

Parere espresso il 25 novembre 2009.

La XIV Commissione,

esaminato il nuovo testo unificato C. 799 e abbinate recante Principi fondamentali in materia di governo della attività cliniche;

esprime

PARERE FAVOREVOLE

Parere espresso il 6 maggio 2010.

PARERI DELLA COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER LE QUESTIONI REGIONALI

La Commissione parlamentare per le questioni regionali,

esaminato, per i profili di propria competenza, il testo unificato della proposta di legge C. 799 ed abb., in corso di esame presso la XII Commissione della Camera, recante principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale;

considerato che il testo in esame è volto ad individuare alcuni principi fondamentali in materia di « tutela della salute » e di « professioni », oggetto di legislazione concorrente tra Stato e regioni, ai sensi dell'articolo 117, comma 3 della Costituzione; preso atto che il provvedimento disciplina altresì profili di natura previdenziale,

riconducibili alla potestà legislativa esclusiva statale ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera o), della Costituzione;

rilevato che, nei casi di legislazione legislativa concorrente Stato-Regioni, la Corte costituzionale ha statuito che non appare sufficiente una « autoqualificazione » ad opera della legge medesima circa il carattere di principi fondamentali delle norme da essa recate, dovendo sussistere parametri sostanziali che escludano una lesione o interferenza delle prerogative regionali;

considerato che il provvedimento in esame appare non rispettoso del Titolo V della Costituzione, in quanto enuncia specifiche prescrizioni in ordine a compiti di programmazione, indirizzo e regolamentazione ascrivibili a competenze regionali;

esprime

PARERE CONTRARIO

Parere espresso l'11 novembre 2009.

La Commissione parlamentare per le questioni regionali,

esaminato, per i profili di propria competenza, il nuovo testo unificato della proposta di legge C. 799 ed abbinate, in corso di esame presso la XII Commissione della Camera, recante principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale;

considerato che il testo in esame è volto ad individuare alcuni principi fondamentali in materia di « tutela della salute » e di « professioni », oggetto di legislazione concorrente tra Stato e regioni, ai sensi dell'articolo 117, comma 3, della Costituzione; preso atto che il provvedimento disciplina altresì profili di natura previdenziale, riconducibili alla potestà legislativa esclusiva statale ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera o), della Costituzione;

rilevato che, nei casi di legislazione concorrente Stato-Regioni, la Corte costituzionale ha statuito che non appare sufficiente una « autoqualificazione » ad opera della legge medesima circa il carattere di principi fondamentali delle norme da essa recate, dovendo sussistere parametri sostanziali che escludano una lesione o interferenza delle prerogative regionali;

considerato che il provvedimento in esame appare in contrasto con il Titolo V della Costituzione, in quanto enuncia talune prescrizioni in ordine a compiti di programmazione, indirizzo e regolamentazione ascrivibili a competenze regionali, con particolare riferimento agli articoli 2, 2-bis, 3, 5, 10 e 11;

esprime

PARERE CONTRARIO

Parere espresso il 6 maggio 2010.

TESTO UNIFICATO
DELLA COMMISSIONE

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale.

ART. 1.

(Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche).

1. Il governo delle attività cliniche è disciplinato dalle regioni nel rispetto dei principi fondamentali di cui alla presente legge, nonché dei principi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. Il governo delle attività cliniche delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico, delle strutture sanitarie di cui all'articolo 4, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché delle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è attuato con la partecipazione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge. Nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, le regioni definiscono le soluzioni organizzative più adeguate per la presa in carico integrale dei bisogni socio-sanitari e per la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale.

3. Il governo delle attività cliniche garantisce, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di

quelli gestionali relativi all'assistenza al cittadino, assicurando il miglioramento continuo della qualità e nel rispetto dei principi di equità e di universalità nell'accesso ai servizi.

4. Le strutture sanitarie individuate ai sensi del comma 2 erogano prestazioni nel rispetto di *standard* di qualità, in particolare per quanto attiene alla sicurezza, alla prevenzione e gestione dei rischi, alla tutela della riservatezza, alla corretta ed esaustiva informazione del paziente, come previsto dalla Carta europea dei diritti del malato, presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002.

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

ART. 2.

(Funzioni del Collegio di direzione).

1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 2, comma 2-*sexies*, dopo la lettera *b)* è inserita la seguente:

« *b-bis)* la composizione e le attività del Collegio di direzione di cui all'articolo 17; »;

b) all'articolo 3, comma 1-*quater*:

1) il primo periodo è sostituito dal seguente: « Sono organi dell'azienda il direttore generale, il Collegio di direzione e il collegio sindacale »;

2) il quinto periodo è sostituito dal seguente: « Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per le attività indicate all'articolo 17 »;

c) all'articolo 17, i commi 1 e 2 sono sostituiti dai seguenti:

« 1. Il Collegio di direzione concorre alla pianificazione strategica delle attività

e degli sviluppi gestionali e organizzativi. La regione, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, stabilisce le competenze del Collegio di direzione in ordine alla definizione di linee guida per l'attività diagnostico-terapeutica, all'individuazione di indicatori di risultato e di efficienza e dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione socio-sanitaria e sanitaria. La regione disciplina, altresì, i poteri del Collegio di direzione in relazione all'atto aziendale, ai programmi di ricerca e di formazione, agli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale e al piano aziendale di formazione del personale medico e sanitario, nonché a tutti gli atti di propria competenza, sui quali lo stesso Collegio esprime comunque un parere. Le decisioni del direttore generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione, qualora espresso, sono adottate con provvedimento motivato.

2. La regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e del direttore amministrativo e, negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, del direttore scientifico. La regione può prevedere che il Collegio di direzione sia integrato con la partecipazione di rappresentanze elettive delle unità operative, dei direttori di dipartimento, delle professioni sanitarie non mediche, nonché delle altre figure professionali presenti nell'azienda. Nelle aziende miste è assicurata la rappresentanza della componente ospedaliera e di quella universitaria in proporzione alla rispettiva dotazione organica ».

ART. 3.

(Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali).

1. All'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive

modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 2 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Le regioni rendono nota, con congruo anticipo, mediante avviso da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* e adottando misure di pubblicità e di trasparenza accessibili al pubblico anche utilizzando i rispettivi siti istituzionali, l'attivazione delle procedure per la copertura dei posti vacanti di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico»;

b) il comma 3 è sostituito dal seguente:

« 3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) diploma di laurea;

b) esperienza almeno quinquennale presso enti, aziende sanitarie locali od ospedaliere, strutture sanitarie pubbliche o private, con qualifica dirigenziale, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso»;

c) dopo il comma 3 sono inseriti i seguenti:

« *3-bis.* Ai fini della copertura dei posti vacanti di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, le regioni possono prevedere ulteriori requisiti a integrazione di quelli di cui al comma 3. Le regioni rendono noti, con congruo anticipo, adottando misure di pubblicità e di trasparenza accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti istituzionali, i *curricula* degli aspiranti al citato incarico.

3-ter. I requisiti e i *curricula* di cui, rispettivamente, ai commi 3 e *3-bis* sono valutati da una commissione nominata da ogni regione. Ai componenti della commissione non è corrisposto alcun compenso, indennità o rimborso spese »;

d) il primo periodo del comma 5 è sostituito dai seguenti: « Le regioni determinano preventivamente i criteri e i sistemi di valutazione e di verifica dell'attività dei direttori generali e del raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia e alla funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati dal direttore generale con la regione competente. Gli strumenti determinati dalle regioni ai sensi del periodo precedente devono essere coerenti con le linee guida approvate tramite intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, su proposta del Ministro della salute, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) »;

e) al comma 6 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « La conferma o la mancata conferma del direttore generale è disposta con provvedimento motivato, pubblicato nei siti istituzionali della regione e dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera interessata, nel rispetto delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ».

ART. 4.

*(Incarichi di natura professionale
e di direzione di struttura).*

1. All'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 è sostituito dal seguente:

« 1. Le regioni, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, disciplinano le modalità per l'affidamento degli incarichi di cui

all'articolo 15, comma 4, e per l'attribuzione dei compiti professionali e delle funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nel quadro e secondo le modalità definite dalla contrattazione collettiva nazionale. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal direttore generale, sentiti il direttore della struttura complessa di afferenza e il comitato di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, sentiti il Collegio di direzione e il direttore sanitario, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il direttore scientifico, per le parti di propria competenza, è responsabile delle proposte da sottoporre al Collegio di direzione per l'approvazione, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e dalle leggi regionali vigenti in materia. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo. L'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico degli incarichi, sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale »;

b) il comma 2 è sostituito dai seguenti:

« 2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale previo avviso da pubblicare nei siti istituzionali della regione e nel Bollettino ufficiale della regione, che riporta i requisiti curricolari e le competenze professionali richiesti in relazione alle attività da garantire, con la definizione articolata delle funzioni da svolgere e degli obiettivi da raggiungere. A

tal fine il direttore generale nomina una commissione di tre membri presieduta dal direttore sanitario e composta da due dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, dipendenti del Servizio sanitario nazionale, individuati attraverso pubblico sorteggio nell'ambito di un elenco regionale, redatto e curato dai soggetti indicati da apposita disciplina regionale. La commissione formula un giudizio motivato su ciascun candidato, tenendo conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti, nonché dei risultati di eventuali prove di esame. La commissione, sulla base delle valutazioni effettuate, presenta al direttore generale una terna di candidati all'interno della quale il direttore generale nomina, con provvedimento motivato, il vincitore. I titoli dei singoli candidati, i giudizi e la graduatoria sono pubblicati nei siti istituzionali dell'azienda locale od ospedaliera e della regione.

2-bis. L'incarico di direzione di struttura complessa ha una durata di cinque anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve.

2-ter. Per gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo non possono essere utilizzati i contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-*septies* »;

c) al comma 4 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Al dirigente responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa o come articolazione interna di un dipartimento, sono attribuite le risorse umane e strumentali necessarie per l'espletamento delle funzioni di direzione e di organizzazione della struttura; tali funzioni sono attuate anche mediante la predisposizione di direttive per il corretto espletamento del servizio al personale operante nella stessa struttura, compresi i dirigenti con funzioni di natura professionale ».

d) dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:

« *4-bis.* Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono attribuiti nei limiti delle risorse

finanziarie disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5 ».

ART. 5.

(Valutazione dei dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento).

1. Gli strumenti per la valutazione dei dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento sono definiti dalle regioni. Tali strumenti devono rilevare la quantità di prestazioni sanitarie erogate in riferimento agli obiettivi assistenziali concordati con il direttore generale e prevedere la valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse, nonché indici di soddisfazione degli utenti. Gli strumenti per la valutazione devono essere inseriti anche nel contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medica e sanitaria e devono essere coerenti rispetto a specifiche linee guida, approvate tramite intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, su proposta del Ministro della salute.

2. La valutazione della dirigenza medica è effettuata secondo i principi di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

ART. 6.

(Dipartimenti).

1. L'articolo 17-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

« ART. 17-*bis*. — *(Dipartimenti)*. — 1. L'organizzazione dipartimentale è il mo-

dello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

2. Il direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale, sentito il Collegio di direzione, tra una terna di dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, proposta dal Comitato di dipartimento. Il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

3. Le regioni disciplinano le competenze dei dipartimenti con riferimento alle attività ospedaliere, territoriali e della prevenzione, nonché le modalità di assegnazione e di gestione delle relative risorse.

4. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione le regioni disciplinano le modalità secondo le quali le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono alla rispettiva organizzazione in dipartimenti ».

ART. 7.

(Responsabilità dei direttori di dipartimento).

1. Al titolo V del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dalla presente legge, è aggiunto, in fine, il seguente articolo:

« ART. 17-ter. — *(Responsabilità dei direttori di dipartimento)*. — 1. Il direttore di dipartimento è responsabile sul piano gestionale e organizzativo delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi di risultato. A tal fine, il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e di gestione delle risorse disponibili, concordato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale.

2. Ai direttori di dipartimento, nell'ambito delle rispettive competenze definite dalla normativa regionale, sono attribuite responsabilità di indirizzo e di valutazione delle attività clinico-assistenziali e tecnico-sanitarie finalizzate a garantire che ogni assistito abbia accesso ai servizi secondo i

principi di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate, di appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, di efficacia delle prestazioni, di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini.

3. Al fine di una migliore utilizzazione dei posti letto, nel quadro delle attività di cui al comma 2, il direttore di dipartimento provvede a organizzare e a gestire, secondo criteri di flessibilità, i posti letto da distribuire tra le strutture semplici e complesse, sentito il Collegio di direzione, d'intesa con il Comitato di dipartimento ».

ART. 8.

(Limiti di età).

1. Il comma 1 dell'articolo 15-*nonies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

« 1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantasettesimo anno di età. A domanda dell'interessato, e su valutazione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17, tale limite è stabilito al compimento del settantesimo anno di età ».

2. I professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assistenziali con il collocamento a riposo, fatto salvo quanto previsto dalla legge 4 novembre 2005, n. 230. I professori universitari, pur cessando dalle ordinarie attività assistenziali, se impegnati in progetti di ricerca clinica di carattere nazionale o internazionale, possono continuare a svolgere l'attività di ricerca prevista nel progetto.

3. Il quarto periodo del comma 11 dell'articolo 72 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente: « Le disposizioni di cui al presente comma non si applicano ai magi-

strati, ai professori universitari, ai dirigenti medici, veterinari e sanitari del Servizio sanitario nazionale e ai medici universitari convenzionati con il Servizio sanitario nazionale ».

ART. 9.

(Attività libero-professionale dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale).

1. Le regioni disciplinano l'attività libero-professionale dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

a) il dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale intrattiene con lo stesso 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 medesimo Servizio sanitario nazionale;

b) l'esercizio dell'attività libero-professionale del dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale è compatibile con il rapporto unico d'impiego, purché sia espletato fuori dell'orario di lavoro all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con esclusione delle strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale;

c) il dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale può svolgere l'attività libero-professionale nelle seguenti forme: con rapporto non esclusivo; con rapporto esclusivo e attività libero-professionale intramuraria; con rapporto esclusivo e attività libero-professionale intramuraria in studi professionali, di seguito denominata « intramuraria allargata »;

d) il dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale esercita il suo diritto allo svolgimento

dell'attività libero-professionale in una delle forme di cui alla lettera c);

e) le aziende sanitarie locali e ospedaliere assicurano l'accessibilità alle cure sanitarie necessarie a chiunque ne faccia richiesta secondo i principi di universalità e di equità che regolano il Servizio sanitario nazionale.

2. Le regioni disciplinano le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale nel rispetto dei seguenti principi:

a) al fine di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale, nonché di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, nel rispetto dei piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale, il volume delle prestazioni dell'attività libero-professionale non deve superare, per ciascun dipendente, quello assicurato per i compiti istituzionali e non deve prevedere un impegno orario superiore al 50 per cento di quello richiesto in attuazione del rapporto di servizio con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera per lo svolgimento dei compiti istituzionali;

b) la tariffa professionale per l'attività libero-professionale è definita, previo accordo quadro aziendale con le organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria firmatarie del contratto collettivo nazionale di lavoro, dal singolo dirigente, d'intesa con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera, in misura tale da coprire tutti i costi, diretti e indiretti, dell'attività medesima. Le tariffe devono essere comprensive di tutti i costi sostenuti dalle aziende e devono evidenziare le voci relative ai compensi del libero professionista, dell'*équipe* e del personale di supporto nonché i costi *pro quota* per l'ammortamento e per la manutenzione delle apparecchiature;

c) è facoltà dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera non attivare, o attivare solo parzialmente, la libera professione intramuraria. In caso di attivazione, la stessa è gestita dall'azienda mediante un centro unico di prenotazione, con spazi e

con liste separati e distinti tra attività istituzionale e attività libero-professionale, con pagamento delle prestazioni e con ripartizione dei proventi secondo modalità e termini fissati da linee guida regionali;

d) l'esercizio dell'attività libero-professionale svolto all'esterno delle strutture aziendali non deve comportare oneri per l'azienda sanitaria locale od ospedaliera né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa. Tale attività è consentita presso studi professionali privati, anche in forma associata tra più sanitari dipendenti del Servizio sanitario nazionale, oppure presso strutture private non convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale;

e) le regioni, anche avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), svolgono attività di monitoraggio e di controllo sui tempi e sulle prestazioni della attività libero-professionale per garantire il rispetto dei principi di cui alla lettera *a)*; in particolare, le regioni disciplinano le modalità di controllo, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli IRCCS di diritto pubblico, dell'attività svolta dai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo e non esclusivo, al fine di rilevare il volume delle prestazioni erogate da ciascun dirigente nell'orario di lavoro dedicato all'attività istituzionale, nonché in quello dedicato all'attività libero-professionale, intramuraria o intramuraria allargata; le regioni, inoltre, verificano l'andamento delle liste di attesa nei servizi nei quali è autorizzato l'esercizio dell'attività libero-professionale, al fine di evitare il conflitto di interessi con le attività istituzionali;

f) le regioni disciplinano i provvedimenti sanzionatori, fino alla revoca dell'esercizio dell'attività libero-professionale, in caso di violazione, da parte dei dirigenti, delle disposizioni di legge e delle modalità di esercizio dell'attività libero-professionale, come definite dalle regioni ai sensi del presente articolo;

g) ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo è attribuita un'indennità di esclusività nella misura e nei limiti delle risorse destinate alla contrattazione collettiva; tale indennità non è revocabile, ad esclusione del caso di opzione per il rapporto di lavoro non esclusivo; in tale ipotesi, essa non è destinabile dalle aziende sanitarie ad altre funzioni e costituisce risparmio aziendale;

h) le modalità di svolgimento dell'attività libero-professionale sono stabilite dal direttore generale con regolamento aziendale, in conformità alle linee guida regionali di cui alla lettera c) e alle previsioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro;

i) nello svolgimento dell'attività libero-professionale non è consentito l'uso del ricettario del Servizio sanitario nazionale.

3. I risultati conseguiti nell'esercizio dell'attività di controllo di cui al comma 2, lettera e), sono inviati trimestralmente dalle regioni al Ministero della salute. In caso di perdurante inerzia della regione nell'esercizio delle funzioni ad essa assegnate ai sensi del citato comma 2, lettere e) ed f), il Ministero della salute, fissato un congruo termine per adempiere alla regione inadempiente, adotta, anche avvalendosi dell'AGENAS e sentita la regione interessata, gli opportuni provvedimenti sostitutivi.

ART. 10.

(Libera professione degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251).

1. Ai fini di un'efficace organizzazione dei servizi sanitari, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, le aziende sanitarie locali od ospedaliere del Servizio sanitario nazionale possono attivare l'attività libero-professionale per gli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, aventi rapporto di lavoro a tempo pieno e indeter-

minato nelle strutture sanitarie pubbliche; detti operatori esercitano l'attività libero-professionale, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio, purché non sussista un comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali.

2. Le regioni disciplinano le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale di cui al comma 1 nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

a) al fine di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale, nonché di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, nel rispetto dei piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale, il volume delle prestazioni dell'attività libero-professionale non deve superare, per ciascun dipendente, quello assicurato per i compiti istituzionali, e non deve prevedere un impegno orario superiore al 50 per cento di quello richiesto in attuazione del rapporto di servizio con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera per lo svolgimento dei compiti istituzionali;

b) la tariffa professionale per l'attività libero-professionale è definita, previo accordo quadro aziendale con le organizzazioni sindacali firmatarie del contratto collettivo nazionale di lavoro, dal singolo operatore, d'intesa con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera;

c) la libera professione intramuraria è gestita dall'azienda sanitaria locale od ospedaliera mediante un centro unico di prenotazione, con spazi e con liste separati e distinti tra attività istituzionale e attività libero-professionale, con pagamento delle prestazioni e con ripartizione dei proventi secondo modalità e termini fissati da linee guida regionali, fatta salva la necessità di compensare integralmente i costi sostenuti dalle aziende;

d) l'esercizio dell'attività libero-professionale svolto all'esterno delle strutture aziendali non deve comportare oneri per l'azienda sanitaria locale od ospedaliera né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa. Tale attività è consentita

presso studi professionali privati, anche in forma associata tra operatori delle professioni sanitarie non mediche dipendenti del Servizio sanitario nazionale, oppure presso strutture private non convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale;

e) le regioni, anche avvalendosi dell'AGENAS, svolgono attività di monitoraggio e di controllo sui tempi e sulle prestazioni dell'attività libero-professionale per garantire il rispetto dei principi di cui alla lettera *a*).

3. I redditi derivanti dall'attività libero-professionale intramuraria degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, sono assimilati a quelli di lavoro dipendente, ai sensi dell'articolo 50, comma 1, lettera *e*), del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.

ART. 11.

(Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, anche attraverso forme di collaborazione interaziendale, alla programmazione e alla gestione delle tecnologie sanitarie delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli IRCCS di diritto pubblico, al fine di garantire un uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici e in particolare delle grandi apparecchiature e dei relativi impianti, i quali devono essere sottoposti a procedure di accettazione, ivi compreso il collaudo, nonché di manutenzione preventiva e correttiva e a verifiche periodiche di sicurezza, di funzionalità e di qualità. La programmazione e la gestione di cui al periodo precedente costituiscono la base per la formazione del personale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'uso delle tec-

nologie sanitarie nonché per l'eventuale acquisizione di nuove tecnologie.

ART. 12.

(Norma finale).

1. Le disposizioni di cui alla presente legge si applicano alle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e agli IRCCS di diritto pubblico.

€ 4,00



16PDL0038380