

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE REFERENTE:

| | |
|---|-----|
| DL 89/2012: Proroga di termini in materia sanitaria. C. 5323 Governo (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>) | 115 |
| ALLEGATO 1 (<i>Emendamenti</i>) | 122 |

INTERROGAZIONI:

| | |
|---|-----|
| 5-06045 Farina Coscioni: Garanzie per l'erogazione su tutto il territorio nazionale del microinfusore per pazienti affetti da diabete mellito | 119 |
| ALLEGATO 2 (<i>Testo della risposta</i>) | 132 |
| 5-06444 Farina Coscioni: Assistenza ai pazienti diabetici e celiaci nelle proposte delle regioni per il nuovo Patto per la salute 2013-2015 | 119 |
| ALLEGATO 3 (<i>Testo della risposta</i>) | 133 |
| 5-06508 Margiotta: Attività libero-professionale dei medici | 120 |
| ALLEGATO 4 (<i>Testo della risposta</i>) | 134 |

SEDE REFERENTE:

| | |
|--|-----|
| DL 89/2012: Proroga di termini in materia sanitaria. C. 5323 Governo (<i>Seguito dell'esame e conclusione</i>) | 120 |
|--|-----|

SEDE REFERENTE

Giovedì 12 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il Ministro della salute, Renato Balduzzi.

La seduta comincia alle 9.50.

DL 89/2012: Proroga di termini in materia sanitaria. C. 5323 Governo.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato nella seduta del 10 luglio 2012.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che sono stati presentati quindici emendamenti e tre articoli aggiuntivi (*vedi allegato 1*) riferiti al testo del decreto-legge n. 89 del 2012, nonché due emendamenti riferiti al testo del disegno di legge di conversione del decreto, alcuni dei quali presentano profili di criticità relativamente alla loro ammissibilità.

In proposito, ricorda che, ai sensi del comma 7 dell'articolo 96-*bis* del Regolamento, non possono ritenersi ammissibili le proposte emendative che non siano strettamente attinenti alle materie oggetto dei decreti-legge all'esame della Camera.

Tale criterio risulta più restrittivo di quello dettato, con riferimento agli ordinari progetti di legge, dall'articolo 89 del medesimo Regolamento, il quale attribui-

sce al Presidente la facoltà di dichiarare inammissibili gli emendamenti e gli articoli aggiuntivi che siano affatto estranei all'oggetto del provvedimento. Ricorda, inoltre, che la lettera circolare del Presidente della Camera del 10 gennaio 1997 sull'istruttoria legislativa precisa che, ai fini del vaglio di ammissibilità delle proposte emendative riferite a decreti-legge, la materia deve essere valutata con riferimento « ai singoli oggetti e alla specifica problematica affrontata dall'intervento normativo ».

Ricorda inoltre che nella seduta del 28 febbraio 2007 della Giunta del regolamento il Presidente della Camera, in relazione al regime di ammissibilità degli emendamenti ai decreti-legge, ha ricordato che « costituisce prassi consolidata quella di non ritenere ammissibili emendamenti che si pongano in contrasto con la legge n. 400 del 1988 e in particolare emendamenti che contengano deleghe legislative o vi incidano o si presentino privi del carattere di omogeneità ».

La necessità di rispettare rigorosamente tali criteri ancor più si impone a seguito della recente sentenza della Corte costituzionale n. 22 del 2012 e della lettera del Presidente della Repubblica del 23 febbraio 2012.

Alla luce di quanto testé detto, avverte che la presidenza non può che applicare rigorosamente le suddette disposizioni regolamentari e quanto previsto dalla citata circolare del Presidente della Camera dei deputati del 1997. Con riferimento al provvedimento in esame, quindi, sono da considerarsi ammissibili solo gli emendamenti e gli articoli aggiuntivi che intervengono sulla materia già oggetto del decreto-legge in esame o che siano strettamente connesse o consequenziali alla stessa.

Sono pertanto da considerarsi inammissibili i seguenti emendamenti e articoli aggiuntivi che non recano disposizioni strettamente connesse o consequenziali a quelle contenute nel testo del decreto-legge: Stagno d'Alcontres 1.10, volto a prorogare il termine entro il quale le confezioni dei farmaci omeopatici siano

corredate dal foglietto illustrativo, attualmente fissato al 2015; Barani 1.03, volto ad introdurre una nuova disciplina dell'attività libero-professionale dei medici, apportando una serie di modifiche alla legge n. 120 del 2007; Barani 1.01, volto ad introdurre una nuova disciplina in materia di responsabilità professionale dei medici; Barani 1.02, che mira a dettare disposizioni in materia di governo e gestione delle attività cliniche.

Infine, i due emendamenti presentati al disegno di legge di conversione, Dis. 1.1 del relatore e Miotto Dis 1.2, presentano profili di dubbia ammissibilità, sia in quanto non strettamente connessi al contenuto del decreto-legge sia in quanto recanti proroga del termine per l'esercizio della delega legislativa concernente la riorganizzazione della Associazione italiana della Croce rossa.

Pertanto, data anche la particolare delicatezza della materia, ritiene opportuno consultare su questi ultimi la Presidenza della Camera.

Avverte, infine, che sul provvedimento in esame sono pervenuti i pareri del Comitato per la legislazione e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.

Sospende, quindi, brevemente la seduta al fine di acquisire l'avviso del Presidente della Camera sui due predetti emendamenti.

La seduta, sospesa alle 9.55, è ripresa alle 10.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che, dal colloquio intercorso con il Presidente della Camera, risulta confermata la valutazione di inammissibilità dei due emendamenti Dis. 1.1 del relatore e Miotto Dis. 1.2.

Anna Margherita MIOTTO (PD), pur non intendendo contestare la valutazione di inammissibilità del suo emendamento confermata dal Presidente della Camera, evidenzia tuttavia che il mancato differimento del termine per l'esercizio della delega concernente la riorganizzazione

dell'Associazione italiana della Croce rossa diventa una condizione di improcedibilità dell'esame dello schema di decreto legislativo presentato dal Governo su questa materia (Atto n. 491).

Domenico DI VIRGILIO (PdL), ritiene che sicuramente l'inserimento del differimento del termine per l'esercizio della suddetta delega nel decreto-legge in esame avrebbe agevolato il seguito dei lavori della Commissione sullo schema di decreto legislativo concernente la riorganizzazione dell'Associazione italiana della Croce rossa. A questo proposito, ricorda che nella precedente seduta della Commissione è stato concordato di investire la Presidenza della Camera della questione concernente la scadenza della richiamata delega.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, conferma che egli stesso sottoporrà la questione alla Presidenza della Camera e al Comitato per la legislazione, come convenuto da parte di tutti i gruppi nella seduta di ieri.

Da quindi la parola al relatore e al Governo per l'espressione dei pareri sugli emendamenti presentati.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP), *relatore*, esprime parere favorevole sugli identici emendamenti 1.5 del relatore, Testa 1.9 e Barani 1.8. Invita al ritiro il presentatore degli emendamenti Palagianò 1.13 e 1.12. Esprime altresì parere favorevole sugli identici emendamenti 1.4 del relatore e Palagianò 1.14, sugli emendamenti Palagianò 1.15 e 1.11, sugli identici emendamenti 1.3 del relatore e Palagianò 1.1, nonché sull'emendamento Palagianò 1.6, specificando che gli emendamenti Palagianò 1.15 e 1.11 sarebbero preclusi in caso di approvazione degli identici emendamenti 1.4 del relatore e Palagianò 1.14 e che, analogamente, l'emendamento Palagianò 1.6 risulterebbe precluso dall'approvazione degli identici emendamenti 1.3 del relatore e Palagianò 1.1. Invita, quindi, al ritiro il presentatore dell'emendamento

Barani 1.7 ed esprime parere favorevole sull'emendamento Palagianò 1.2.

Il ministro Renato BALDUZZI si rimette alla Commissione per quanto concerne gli identici emendamenti 1.5 del relatore, Testa 1.9 e Barani 1.8. Per quanto riguarda i restanti emendamenti, invita i presentatori al ritiro, altrimenti il suo parere è contrario.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP), *relatore*, ritiene di poter accedere alla richiesta di ritiro formulata dal ministro Balduzzi con riferimento al suo emendamento 1.4, facendo presente che tale emendamento è stato presentato anche per recepire i rilievi formulati dal Comitato per la legislazione nel parere espresso sul decreto-legge in esame.

Il ministro Renato BALDUZZI fa notare di aver ben presente il parere espresso dal Comitato per la legislazione, a proposito del quale rileva che il Governo ha compiuto la valutazione di cui si parla nel citato parere, in ordine al fatto che ricorra o meno la necessità di procedere al rinnovo degli organismi collegiali indicati all'Allegato 1 nell'imminenza di una loro riorganizzazione affidata ad un emanando regolamento di delegificazione. Pertanto, ritiene che il secondo periodo del comma 2 dell'articolo 1 non sia da sopprimere.

Anna Margherita MIOTTO (PD) annuncia che, con riferimento agli identici emendamenti 1.5 del relatore, Testa 1.9 e Barani 1.8, il suo gruppo si asterrà in quanto ritiene che per ottobre dovrebbe essere approvata la norma-ponte che consentirà l'entrata a regime di quanto previsto dalla legge n. 120 del 2007.

Laura MOLTENI (LNP) annuncia il voto contrario da parte del suo gruppo sugli identici emendamenti 1.5 del relatore, Testa 1.9 e Barani 1.8, in quanto tali emendamenti ampliano ulteriormente il termine dell'ennesima proroga per consentire l'esercizio della cosiddetta *intramoenia* allargata, ovvero dell'esercizio dell'intra-

moenia ospedaliera negli studi professionali privati. A questo proposito, si sarebbe aspettata un parere contrario da parte del ministro Balduzzi. A suo avviso, dunque, non si può procedere a colpi di proroghe, in quanto il problema vero riguarda la mancata utilizzazione dei fondi per l'edilizia sanitaria da parte delle regioni le quali non hanno realizzato gli adempimenti relativi agli adeguamenti edilizi del patrimonio edilizio ospedaliero per l'effettuazione delle prestazioni in regime di *intramoenia*.

Lucio BARANI (Pdl) annuncia il voto favorevole da parte del suo gruppo sugli identici emendamenti 1.5 del relatore, Testa 1.9 e Barani 1.8, evidenziando come non si tratti di sostenere un intento dilatorio dal momento che è stato concordato un determinato percorso con il ministro della salute, per cui l'atteso provvedimento teso a disciplinare l'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dovrebbe essere approvato dal Governo in tempi rapidi.

Il ministro Renato BALDUZZI, con riferimento all'intervento svolto dall'onorevole Molteni, escludendo intenti dilatori da parte del Governo, ricorda che il 31 dicembre 2012 era proprio il termine previsto dal decreto-legge recante proroga di termini nella sua versione originaria; tale termine era stato anticipato al 30 giugno 2012 dal Parlamento in sede di conversione del predetto decreto-legge.

La Commissione approva gli identici emendamenti 1.5 del relatore, Testa 1.9 e Barani 1.8 (*vedi allegato 1*).

Antonio PALAGIANO (IdV) raccomanda l'approvazione del suo emendamento 1.13, teso a rafforzare la previsione per cui la proroga degli organismi operanti presso il Ministero della salute, di cui all'Allegato 1 al decreto-legge in oggetto, operi comunque non oltre il 31 dicembre 2012.

Il ministro Renato BALDUZZI modifica il suo parere sull'emendamento Palagiano 1.13, rimettendosi alla Commissione.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP), *relatore*, concorda con il parere espresso da ultimo dal ministro Balduzzi.

La Commissione approva l'emendamento Palagiano 1.13 (*vedi allegato 1*).

Antonio PALAGIANO (IdV) ritira il suo emendamento 1.12. Raccomanda altresì l'approvazione del suo emendamento 1.14, volto a sopprimere il secondo periodo del comma 2 dell'articolo 1, evidenziandone l'importanza, in ragione della quale non è disponibile al ritiro.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP), *relatore*, ricorda che, a seguito dell'invito al ritiro formulato dal ministro Balduzzi con riferimento agli identici emendamenti 1.4 del relatore e Palagiano 1.14, ha ritirato il suo emendamento. Pertanto, si rimette alla Commissione per quanto concerne l'emendamento Palagiano 1.14.

Antonio PALAGIANO (IdV) insiste nel chiedere che il suo emendamento 1.14 sia posto in votazione.

La Commissione respinge l'emendamento Palagiano 1.14.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP), *relatore*, fa presente che, a seguito della richiesta di invito al ritiro formulata dal ministro, ritiene opportuno modificare il parere già espresso con riferimento agli emendamenti Palagiano 1.15 e 1.11, rimettendosi quindi alla Commissione su di essi.

Il ministro Renato BALDUZZI, con riferimento all'emendamento 1.15, fa presente all'onorevole Palagiano di non poter esprimere parere favorevole su di esso in quanto l'introduzione del criterio della riduzione del numero dei componenti degli organismi richiamati dal comma 2 dell'articolo 1 potrebbe causare problemi nel riassetto complessivo di tali organismi.

Antonio PALAGIANO (IdV) ritira i suoi emendamenti 1.15 e 1.11.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP), *relatore*, comunica il ritiro del suo emendamento 1.3, a seguito della richiesta formulata in tal senso dal ministro Balduzzi. Pertanto, si rimette all'Aula per quanto concerne l'emendamento Palagianò 1.1, identico al suo emendamento 1.3.

Fa presente, inoltre, che, a seguito della richiesta di invito al ritiro formulata dal ministro, ritiene opportuno ribadire la linea seguita poco prima, rimettendosi quindi alla Commissione anche con riferimento agli emendamenti Palagianò 1.6 e 1.2.

Antonio PALAGIANO (IdV) evidenzia come sia venuto a crearsi un clima per cui non è più possibile procedere realisticamente alla votazione degli emendamenti, visto che il relatore — evidentemente a seguito di accordi tra i due maggiori gruppi — ha modificato il parere su emendamenti che aveva originariamente presentato, in molti casi identici ai propri, nonché sugli altri emendamenti di cui egli è firmatario, su cui aveva inizialmente espresso parere favorevole. Chiede, comunque, che siano posti in votazione i restanti emendamenti a sua firma.

La Commissione respinge gli emendamenti Palagianò 1.1 e 1.6.

Lucio BARANI (PdL) ritira il suo emendamento 1.7.

La Commissione respinge l'emendamento Palagianò 1.2.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che il provvedimento in titolo, come risultante dagli emendamenti approvati, sarà trasmesso alle competenti Commissioni parlamentari per l'espressione del prescritto parere. Rinvia il seguito dell'esame alla seduta della Commissione già convocata per la giornata odierna, al termine dei lavori antimeridiani dell'Assemblea.

La seduta termina alle 10.25.

INTERROGAZIONI

Giovedì 12 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Adelfio Elio Cardinale.

La seduta comincia alle 12.50.

5-06045 Farina Coscioni: Garanzie per l'erogazione su tutto il territorio nazionale del microinfusore per pazienti affetti da diabete mellito.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), replicando, si dichiara soddisfatta, auspicando che il Governo ponga in essere rapidamente le iniziative di competenza per porre rimedio alla discriminazione in atto nei confronti delle persone con diabete residenti in regioni come la Sardegna.

Auspica altresì che il Piano nazionale diabete sia approvato in tempi rapidi.

5-06444 Farina Coscioni: Assistenza ai pazienti diabetici e celiaci nelle proposte delle regioni per il nuovo Patto per la salute 2013-2015.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta in quanto ritiene che la risposta fornita dal sottosegretario Cardinale sia troppo sintetica. Evidenzia altresì che i tempi richiesti per la predisposizione del nuovo Patto per la salute, nell'ambito del quale saranno considerate le criticità evidenziate attraverso l'interrogazione in og-

getto, sono molto lunghi, ciò che può comportare pregiudizio per i pazienti che attendono l'erogazione di cure efficaci.

Ricorda inoltre che la Commissione ha avviato l'iter di una proposta di legge recante disposizioni concernenti l'etichettatura dei farmaci contenenti gliadina a tutela delle persone affette dal morbo celiaco (A.C. 4894), augurandosi che si possa concludere celermente il relativo esame.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE, intervenendo per una breve precisazione, dichiara di concordare con l'onorevole Farina Coscioni in ordine al fatto che spesso i tempi richiesti per mettere a punto alcune misure in ordine alla cura di determinate patologie sono troppo ampi rispetto a quanto esse richiederebbero.

Fa presente, inoltre, di aver risposto in maniera sintetica all'interrogazione in oggetto al fine di evitare di suscitare insofferenza tra i componenti della Commissione, ciò che può accadere a fronte di risposte eccessivamente lunghe e articolate.

5-06508 Margiotta: Attività libero-professionale dei medici.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Salvatore MARGIOTTA (PD), replicando, si dichiara soddisfatto della risposta fornita dal sottosegretario Cardinale, ritenendo che essa sia stata chiara ed esaustiva.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 13.10.

SEDE REFERENTE

Giovedì 12 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Adelfio Elio Cardinale.

La seduta comincia alle 14.10.

DL 89/2012: Proroga di termini in materia sanitaria. C. 5323 Governo.

(Seguito dell'esame e conclusione).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato nella seduta antimeridiana odierna.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che è pervenuto il parere della I Commissione, favorevole con una osservazione.

Carmine Santo PATARINO (FLpTP), *relatore*, ricorda di aver fatto già presente quanto rilevato dalla I Commissione in sede di illustrazione della sua relazione introduttiva, tanto che aveva presentato sul punto alcuni emendamenti, poi ritirati a seguito della richiesta del Ministro. Ritiene, pertanto, che debba essere valutata la possibilità di presentare un emendamento per l'Aula teso a coordinare le previsioni contenute ai commi 2 e 3 dell'articolo 1 del decreto-legge in esame con riguardo al Consiglio superiore di sanità.

Lucio BARANI (PdL) concorda con l'ipotesi formulata dall'onorevole Patarino, ritenendo anch'egli praticabile la possibilità di presentare un emendamento per l'Aula nel senso indicato nel parere deliberato dalla I Commissione.

Paola BINETTI (UdCpTP) rileva come il provvedimento in esame, pur trattandosi di un disegno di legge di conversione di un decreto-legge, sia stato discusso con troppa rapidità, anche in considerazione della delicatezza della materia ivi trattata. In

particolare, evidenza che tale accelerazione non dovrebbe portare a sacrificare il complesso e articolato dibattito svoltosi in Commissione sull'esercizio dell'attività libero-professionale che, ricorda, inizialmente faceva parte del provvedimento in materia di governo delle attività cliniche (A.C. 278 e abbinate).

Per quanto concerne poi il tema della prevista possibilità per il ministro della salute di procedere al rinnovo degli organismi di cui all'Allegato 1 al decreto-legge in oggetto, fa presente che il punto dirimente è costituito, a suo avviso, dalla necessità di selezionare componenti che siano in grado di garantire equilibrio, oltre che, ovviamente, competenza, ciò che è venuto a mancare, a suo avviso, in diverse occasioni quale ad esempio la predisposizione delle linee guida per l'autismo da parte dell'Istituto superiore di sanità.

Anna Margherita MIOTTO (PD) evidenzia che il comma 2 dell'articolo 1 del decreto-legge prevede che il ministro della salute possa, con propri decreti, rinnovare la composizione degli organismi di cui all'Allegato 1, « senza accrescere il numero dei componenti ». A tale proposito, rileva che non si comprende se tale vincolo debba riferirsi al numero dei componenti di ciascun organismo ovvero al numero complessivo dei componenti di tali organismi.

Per quanto riguarda la questione sollevata dalla I Commissione attraverso l'osservazione formulata nel parere espresso, non ravvisa incongruenza tra il comma 2 e il comma 3 dell'articolo 1, dal momento che il comma 3 reca una disposizione che si riferisce specificamente al Consiglio superiore di sanità.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD) rileva che la questione si era posta già prima dell'adozione del parere da parte della I Commissione, essendo stato infatti presentato l'emendamento Palagiano 1.15 – respinto dalla Commissione – che era volto a sostituire, al secondo periodo del comma 2 dell'articolo 1, le parole « senza accrescere » con la parola « riducendo ».

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, fa presente che effettivamente, come rilevato dall'onorevole Miotto, non è sufficientemente chiaro se l'eventuale rinnovo degli organismi richiamati dal comma 2, senza accrescerne il numero, debba intendersi riferito a ciascun organismo ovvero al numero complessivo dei componenti dei suddetti organismi.

Evidenzia altresì che, al fine di coordinare le disposizioni di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 1 nel senso indicato dalla I Commissione, si potrebbe esplicitamente escludere dalla previsione di cui al comma 2 il Consiglio superiore della sanità, specificando che tale organo è disciplinato dal successivo comma 3.

Donata LENZI (PD) evidenzia che, nel momento in cui il decreto-legge sulla *spending review* ha previsto un taglio al fondo per la sanità pari a 7,9 miliardi di euro, si rende più che mai necessario procedere alla razionalizzazione degli organismi operanti presso il ministero della salute, anche attraverso la soppressione e l'accorpamento di alcuni di essi.

Sottolinea altresì che molte di queste strutture sono state costituite per una finalità specifica la cui rilevanza è venuta ad attenuarsi o addirittura a scomparire con il passare del tempo, ciò che rende più che mai necessario agire non solo sul numero dei componenti di tali organismi bensì sulla stessa sopravvivenza di tutte le strutture attualmente esistenti.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione delibera di conferire il mandato al relatore, on. Patarino, di riferire in senso favorevole all'Assemblea sul provvedimento in esame. Delibera altresì di chiedere l'autorizzazione a riferire oralmente.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, si riserva di designare i componenti del Comitato dei nove sulla base delle indicazioni dei gruppi.

La seduta termina alle 14.30.

ALLEGATO 1

DL 89/2012: Proroga di termini in materia sanitaria. C. 5323 Governo.**EMENDAMENTI**

ART. 1.

Al comma 1, sostituire le parole: al 31 ottobre 2012 con le seguenti: al 31 dicembre 2012.

* **1. 5.** Il Relatore.

(Approvato)

Al comma 1, sostituire le parole: al 31 ottobre 2012 con le seguenti: al 31 dicembre 2012.

* **1. 9.** Nunzio Francesco Testa, Binetti, De Poli.

(Approvato)

Al comma 1, sostituire le parole: al 31 ottobre 2012 con le seguenti: al 31 dicembre 2012.

* **1. 8.** Barani.

(Approvato)

Dopo il comma 1, inserire il seguente:

1-bis. Il termine di cui all'articolo 6, comma 8-undecies, del decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2007, n. 17, è prorogato al 31 dicembre 2020.

1. 10. Stagno d'Alcontres.

(Inammissibile)

Al comma 2, dopo le parole: e comunque aggiungere la seguente: inderogabilmente.

1. 13. Palagiano.

(Approvato)

Al comma 2, sostituire le parole: 31 dicembre 2012, con le seguenti: 31 ottobre 2012.

1. 12. Palagiano.

Al comma 2, sopprimere il secondo periodo.

* **1. 4.** Il Relatore.

Al comma 2, sopprimere il secondo periodo.

* **1. 14.** Palagiano.

Al comma 2, secondo periodo, sostituire le parole: senza accrescere, con le parole: riducendo.

1. 15. Palagiano.

Al comma 2, secondo periodo, aggiungere in fine il seguente periodo: che restano in carica comunque non oltre l'entrata in vigore del medesimo decreto del Presidente della Repubblica.

1. 11. Palagiano.

Sopprimere il comma 3.

* **1. 3.** Il Relatore.

Sopprimere il comma 3.

* **1. 1.** Palagiano.

Al comma 3, sopprimere le parole: il presidente e.

1. 6. Palagiano.

Al comma 3, sostituire la parola: quaranta con la seguente: trenta.

1. 7. Barani.

Al comma 3, aggiungere in fine il seguente periodo: I soggetti nominati di cui al precedente periodo, decadono dall'incarico all'entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica, di cui all'articolo 2, comma 4, della legge 4 novembre 2010, n. 183.

1. 2. Palagiano.

Dopo l'articolo 1, aggiungere il seguente:

ART. 1-bis.

(Modifiche all'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120).

All'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120 sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 3 le parole: « entro il termine stabilito dal comma 2, primo periodo, » sono sostituite dalle parole: « entro il 31 dicembre 2014 »;

b) nel comma 4, il primo periodo ed il secondo periodo fino alle parole « seguenti modalità: » è sostituito dai seguenti:

« Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresenta-

tive delle categorie interessate, in coerenza con le misure di cui ai commi 1 e 2, adottano provvedimenti tesi a garantire che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico provvedano, entro il 31 ottobre 2012, ad una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio dell'attività libero professionale, comprensiva di una valutazione dettagliata dei volumi delle prestazioni rese, nell'ultimo biennio, in tale tipo di attività presso le strutture interne, le strutture esterne e gli studi professionali. Sulla base della ricognizione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono autorizzare l'azienda sanitaria, ove ne sia adeguatamente dimostrata la necessità e nell'ambito delle risorse disponibili, ad acquisire, tramite l'acquisto, la locazione, la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici, spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria ordinaria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità per l'esercizio delle attività medesime, previo parere vincolante da parte del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Qualora quest'ultimo non sia costituito, il parere è reso da una commissione paritetica di sanitari che esercitano l'attività libero-professionale intramuraria, costituita a livello aziendale. Le regioni e le province autonome nelle quali siano presenti aziende sanitarie nelle quali risultino non disponibili gli spazi per l'esercizio dell'attività libero professionale, possono autorizzare, limitatamente alle medesime aziende sanitarie, l'adozione di un programma sperimentale che preveda lo svolgimento delle stesse attività, in via residuale, presso studi professionali collegati in rete, ai sensi di quanto previsto dalle lettera *a-bis* del presente comma, previa sottoscrizione di una convenzione annuale rinnovabile tra il professionista interessato

e l'azienda sanitaria di appartenenza, sulla base di uno schema tipo approvato con accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Lo schema tipo di convenzione prevede che la sottoscrizione e il rinnovo annuale della stessa è possibile solo a condizione che il fatturato relativo alle prestazioni rese dal singolo professionista sia pari o superiore a 12.000 euro annui. Le autorizzazioni di cui comma 3 dell'articolo 22-*bis* del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223 convertito con modificazioni dalla legge 4 agosto 2006, n. 248 cessano al 30 novembre 2012. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli IRCCS di diritto pubblico gestiscano, con integrale responsabilità propria, l'attività libero-professionale intramuraria, al fine di assicurarne il corretto esercizio, in particolare nel rispetto delle seguenti modalità: »;

c) nel comma 4 dopo la lettera a) sono inserite le seguenti:

« a-*bis*) predisposizione e attivazione, entro il 31 marzo 2013, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano ovvero, su disposizione regionale, del competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, di una infrastruttura di rete per il collegamento telematico, in condizioni di sicurezza, tra l'ente o l'azienda e le singole strutture nelle quali vengono erogate le prestazioni di attività libero professionale intramuraria, interna o in rete. La disposizione regionale, precisando le funzioni e le competenze dell'azienda sanitaria e del professionista, prevede l'espletamento, in via esclusiva, del servizio di prenotazione, l'inserimento obbligatorio e la comunicazione, in tempo reale, all'azienda sanitaria competente, dei dati relativi all'impegno orario del sanitario, ai pazienti visitati, alle prescrizioni ed agli estremi dei pagamenti, anche in raccordo con le modalità di realizzazione del fascicolo sanitario elet-

tronico. Le modalità tecniche per la realizzazione della infrastruttura sono determinate; entro il 31 luglio 2012, con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro della salute previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto delle disposizioni contenute nel decreto legislativo 23 giugno 2006, n.196, recante il codice in materia di protezione dei dati personali. Agli oneri si provvede ai sensi della lettera c);

a-*ter*) facoltà di concedere, su domanda degli interessati e con l'applicazione del principio del silenzio-assenso, la temporanea continuazione dello svolgimento di attività libero professionali presso studi professionali, già autorizzati ai sensi del comma 3 dell'articolo 22-*bis* del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito con modificazioni dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, oltre la data del 30 novembre 2012, fino all'attivazione del loro collegamento operativo alla infrastruttura di rete di cui alla lettera a-*bis*), comunque non oltre il 30 aprile 2013. Gli oneri per l'acquisizione della necessaria strumentazione sono a carico del titolare dello studio »;

d) nel comma 4 la lettera b) è così sostituita:

« b) pagamento di prestazioni di qualsiasi importo direttamente al competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, mediante mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo. Nel caso dei singoli studi professionali in rete, la necessaria strumentazione è acquisita dal titolare dello studio, a suo carico, entro il 30 aprile 2013 »;

e) nel comma 4 la lettera c) è così sostituita:

« c) definizione, d'intesa con i dirigenti interessati, previo accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale, di un tariffario che preveda, per ogni prestazione, un importo minimo ed un importo massimo. L'importo minimo è determinato con criteri idonei a remunerare il com-

penso minimo del libero professionista, i compensi dell'equipe, del personale di supporto, nonché i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, in modo da assicurare la copertura dei costi sostenuti dalle aziende, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari. L'importo minimo dovrà prevedere, altresì, che, quale ulteriore quota, oltre quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, l'importo pari al 5 del compenso del libero professionista sia trattenuto dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale per essere vincolato ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa, anche con riferimento alle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c) dell'Accordo sancito il 18 novembre 2010 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. L'importo massimo è determinato in relazione alla fissazione di un tetto massimo entro il quale può essere determinato il compenso del professionista ».

f) nel comma 4 la lettera f) è sostituita dalla seguente:

«f) esclusione della possibilità di svolgimento dell'attività libero professionale presso studi professionali studi collegati in rete, negli studi nei quali, accanto a professionisti dipendenti in regime di esclusività o convenzionati del Servizio sanitario nazionale, operino anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del Servizio sanitario nazionale ovvero dipendenti non in regime di esclusività, salvo deroga concedibile dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, su disposizione regionale, a condizione che sia garantita la completa tracciabilità delle singole prestazioni effettuate da tutti i professionisti dello studio professionale associato;

g) dopo il comma 4 è inserito il seguente:

« 4-bis. I risultati della ricognizione di cui al comma 4 sono trasmessi dalle

regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ed all'Osservatorio nazionale sull'attività libero professionale. La verifica del programma sperimentale per lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria, presso gli studi professionali collegati in rete di cui al comma 4, è effettuata, entro il 28 febbraio 2015, dalla regione interessata, in base a criteri fissati con accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. In caso di verifica positiva, la regione medesima può consentire in via permanente ed ordinaria, limitatamente allo specifico ente o azienda del Servizio sanitario regionale ove si è svolto il programma sperimentale, lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria presso gli studi professionali collegati in rete. In caso di inadempienza da parte dell'ente o azienda del Servizio sanitario regionale, provvede la regione o provincia autonoma interessata. In caso di verifica negativa, tale attività cessa entro il 28 febbraio 2015. Degli esiti delle verifiche regionali viene data informazione al Parlamento attraverso la relazione annuale di cui all'articolo 15-*quaterdecies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni »;

h) al comma 7, dopo le parole: « e la destituzione » sono sostituite dalle seguenti: « , la decurtazione della retribuzione di risultato pari ad almeno il 20 per cento ovvero la destituzione »;

i) il comma 10 è abrogato.

1. 03. Barani.

(Inammissibile)

Dopo l'articolo 1, aggiungere il seguente:

ART. 1-bis.

(Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie).

1. Fermo restando il disposto dell'articolo 2236 del codice civile, l'esercente la

professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività si attiene a protocolli diagnostico-terapeutici risponde, ai sensi dell'articolo 1176 del codice civile, dei danni derivanti da tali attività solo nei casi di dolo e colpa grave.

2. Con decreto del Presidente della Repubblica, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 2 della legge 23 agosto 1988, n. 400 entro il termine di dodici mesi dall'entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, sentiti l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA), le Federazioni Nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, anche in attuazione dell'articolo 3, comma 5, lettera e) del decreto-legge 13 agosto 2011, n.138, convertito con modificazioni della legge 14 settembre 2011, n. 148, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, sono disciplinati le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti, tenendo conto anche dei seguenti criteri:

a) determinare i casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio professionale, prevedere l'obbligo, in capo ad un Fondo appositamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, indicando le fonti di finanziamento e i relativi obblighi di contribuzione;

b) subordinare l'incremento del premio della polizza al pagamento di un risarcimento di un sinistro da parte dell'impresa assicuratrice subordinare la disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario;

c) individuare parametri oggettivi per il risarcimento del danno biologico.

3. Per i contenuti e le procedure inerenti ai contratti assicurativi per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività profes-

sionale resa nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o in rapporto di convenzione, il decreto di cui al comma precedente viene adottato sentite altresì la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano costituiscono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, albi dei consulenti tecnici d'ufficio per le vertenze riguardanti la responsabilità professionale del personale sanitario, stabilendo le modalità per l'aggiornamento degli stessi, al fine di garantire, oltre quella medico legale, una idonea e qualificata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche. La nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, ai sensi dell'articolo 61 del codice di procedura civile e dell'articolo 359 del codice di procedura penale, è effettuata tra professionisti iscritti agli albi di cui al presente comma, nel rispetto della disciplina richiesta. Con decreto motivato dell'autorità giudiziaria possono comunque essere nominate persone non iscritte ai predetti albi.

5. Dall'applicazione del presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

1. 01. Barani.

(Inammissibile)

Dopo l'articolo 1, aggiungere il seguente:

ART. 1-bis.

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, nonché delle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1994, 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, di appropriatezza e di universalità nell'accesso ai servizi. A tal fine le regioni prevedono il coinvolgimento dei comuni, attraverso la conferenza dei sindaci, nelle funzioni programmatiche, tre regioni promuovono altresì forme e strumenti di partecipazione democratica nella fase di programmazione delle politiche socio-sanitarie mediante il coinvolgimento delle associazioni di tutela dei diritti. Le regioni, nel promuovere le forme di partecipazione democratica di cui al precedente periodo; prevedono il coinvolgimento anche delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di rappresentanza del terzo settore.

4. Le attività mediche e sanitarie sono dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività.

5. Tali attività sono erogate nel rispetto dei principi di autonomia e responsabilità, diretta e non, delegabile, dei medici, e dei professionisti sanitari nell'ambito delle

proprie specifiche competenze e nel rispetto delle funzioni ad essi affidate e svolte.

6. Le norme, emanate sia a livello nazionale che regionale, connesse alle esigenze organizzative e gestionali dei servizi sanitari e socio-sanitari e di ogni altra attività esercitate da questi professionisti si applicano nell'ambito di tali principi di autonomia e responsabilità.

7. Le regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, del Collegio di direzione, quale organo dell'Azienda, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda o nell'ente e disciplinandone le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali.

8. Il Collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca e la didattica, e allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato e di efficienza, dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Nel caso in cui il direttore generale adotti un provvedimento contrario al parere del Collegio di direzione, questo deve essere motivato. Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

9. Le regioni provvedono alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale nel rispetto dei termini e dei requisiti già previsti dagli articoli 3 e 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, garantendo adeguate misure di pubblicità dei bandi, delle nomine e dei curricula e di trasparenza nella valutazione degli aspiranti, nonché il possesso da parte degli

aspiranti medesimi di un diploma di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie e settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché del requisito dell'età anagrafica non superiore a 65 anni, al momento della nomina.

10. Le regioni provvedono altresì alla definizione di criteri e di sistemi di valutazione e verifica dell'attività dei direttori generali, sulla base di obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, all'ottimizzazione e alla funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

11. All'articolo 1 del decreto del presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, nel comma 3 è aggiunto il seguente periodo: « Il periodo svolto in qualità di direttore generale aziendale è computato ai fini del conferimento dell'incarico di direttore sanitario aziendale ».

12. Le regioni, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, sulla base dei seguenti principi:

a) la selezione viene effettuata da una commissione presieduta dal direttore sanitario e composta da due direttori di struttura complessa nella medesima specialità dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da elenchi nominativi predisposti dalla regione interessata, tra il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale della stessa disciplina ma comunque esterni all'azienda interessata alla copertura del posto;

b) la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare e, sulla base dell'analisi com-

parativa del curriculum, dei titoli professionali posseduti, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, presenta al direttore generale la terna di candidati idonei che hanno ottenuto i migliori punteggi. Il direttore generale individua il candidato da nominare sulla base della terna predisposta dalla commissione, motivandone analiticamente la scelta. Qualora il dirigente a cui è stato conferito l'incarico dovesse lasciarlo o decadere entro tre anni dalla nomina si procede alla sostituzione scegliendo tra gli altri due professionisti facenti parte della terna iniziale;

c) la nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal Direttore generale su indicazione del Rettore, su proposta del coordinamento interdipartimentale o dell'analogo competente organo dell'Ateneo, sulla base del curriculum scientifico e professionale del responsabile da nominare.

13. L'incarico di direttore di struttura complessa deve in ogni caso essere confermato al termine di un periodo di prova di sei mesi a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, sulla base del lavoro svolto nonché dei criteri di valutazione cui all'articolo 5 della presente legge.

14. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa o di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, su proposta, rispettivamente, del direttore della struttura complessa di afferenza o del direttore di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto della tipologia dell'incarico. Negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, il direttore scientifico, per le parti di propria competenza, è responsabile delle proposte da sottoporre al direttore generale per l'approvazione, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e delle leggi regionali vigenti in materia. Gli incarichi hanno durata non

inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità 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.

15. Per le finalità di cui al presente articolo non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-*septies* del decreto legislativo 502 del 1992.

16. I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a valutazione secondo le modalità definite dalle regioni sulla base di linee guida elaborate nel rispetto della normativa contrattuale e approvate tramite intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti con lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 su proposta del Ministro della salute, le quali tengono conto anche dei principi del Titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Gli strumenti per la valutazione dei dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali, concordati preventivamente in sede di discussione di budget in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, assegnati e gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. L'esito positivo della valutazione determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico senza oneri aggiuntivi per l'azienda.

17. Le regioni disciplinano l'organizzazione dei dipartimenti e la responsabilità dei direttori di dipartimento secondo i seguenti principi:

a) l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle aziende sanitarie, ospedaliere e ospedaliero-universitarie;

b) il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale tra i direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento;

c) il direttore di dipartimento è sovraordinato ai direttori di struttura complessa per gli aspetti gestionali attinenti al dipartimento e, di norma, mantiene la direzione della struttura di appartenenza;

d) nelle aziende ospedaliero-universitarie, di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è assicurata la parità tra Direttori di dipartimento di componente ospedaliera e universitaria, ove possibile.

18. I commi 1 e 2 dell'articolo 15-*novies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in conformità a quanto disposto dal comma 18 dell'articolo 24 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, sono sostituiti dai seguenti:

«1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa e i ricercatori universitari di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è stabilito al compimento del sessantasettesimo anno di età. A domanda dell'interessato, sentito il Collegio di direzione, tale limite è stabilito al compimento del settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei dirigenti. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 12 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e dall'articolo 24, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214.

2. I professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assisten-

ziali 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. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano anche al personale universitario medico e sanitario delle analoghe professionalità della dirigenza del Servizio sanitario nazionale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale ».

19. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, anche attraverso forme di collaborazione interaziendale, alla programmazione e alla gestione delle tecnologie sanitarie, al fine di garantire, anche mediante strutture di Ingegneria Clinica, 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 nell'uso delle tecnologie sanitarie, nonché per l'eventuale acquisizione di nuove tecnologie. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

20. Nell'ambito delle procedure di cui al comma 1, al fine di garantire la protezione dalle radiazioni dei pazienti e degli operatori, deve essere prevista la valutazione di sicurezza delle tecnologie radiologiche di cui al decreto legislativo n. 187 del 2000, garantendo il coinvolgimento delle strutture di fisica medica.

21. Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, possono costituire, nei loro ambito, organismi o enti no-profit, per la raccolta di fondi atti all'acquisizione di tecnologie sanitarie ritenute di interesse strategico per lo sviluppo della risposta sanitaria aziendale.

22. Le periodiche verifiche di cassa e le relazioni sull'andamento delle attività delle Aziende sanitarie ed ospedaliere svolte dal collegio sindacale devono essere rese note al pubblico anche mediante la pubblicazione nei siti web delle aziende.

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

1. 02. Barani.

(Inammissibile)

All'articolo 1 del disegno di legge di conversione, dopo il comma 1 inserire il seguente:

1.bis. Il termine per l'esercizio della delega di cui all'articolo 2, comma 1, della legge 4 novembre 2010, n. 183, limitatamente al riordino dell'Associazione della Croce rossa italiana (CRI), è differito al 30 settembre 2012.

Dis. 1. 2. Il Relatore.

(Inammissibile)

All'articolo 1 del disegno di legge di conversione del decreto-legge 28 giugno 2012, n. 89, dopo il comma 1 aggiungere il

seguito: Il comma 2 dell'articolo 1 della legge 24 febbraio 2012 n. 14 è sostituito dal seguente:

« Il termine per l'esercizio della delega di cui all'articolo 2, comma 1 della legge 4 novembre 2010, n. 183, limitatamente al riordino della Croce rossa è differito al 31 ottobre 2012. Ai fini di cui al presente

comma, sono compresi tra i principi e criteri direttivi per l'esercizio della delega quelli di sussidiarietà e di valorizzazione dell'originaria volontà istitutiva, ove rinvenibile ».

Dis. 1. 1. Miotto.

(Inammissibile)

ALLEGATO 2

5-06045 Farina Coscioni: Garanzie per l'erogazione su tutto il territorio nazionale del microinfusore per pazienti affetti da diabete mellito.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Il decreto della regione Sardegna 28 gennaio 1997, volto ad individuare le tipologie di protesi, dispositivi ed ausili erogabili dal Servizio sanitario regionale, prevede anche la fornitura di « apparecchi microinfusori per trattamenti farmacologici di patologie croniche irreversibili » e dei « presidi necessari per il funzionamento di tali apparecchi »; i destinatari di tali forniture straordinarie sono gli invalidi civili.

A quanto sembra, le Aziende Sanitarie (Orosei, Iglesias-Carbonia e Cagliari) fanno rientrare nella disciplina di cui al citato decreto regionale del 1997, anche la fornitura dei microinfusori per insulina a favore dei diabetici, limitandola ai soli soggetti in possesso del riconoscimento dell'invalidità civile.

Si ricorda, inoltre, che per rendere appropriata e uniforme l'erogazione sia dei microinfusori che dei glucometri il Ministero della salute ha diramato negli anni scorsi una circolare indirizzata alle regioni e province autonome avente come oggetto i: « Criteri di concessione e modalità di fornitura ».

La circolare in questione precisa che per presidi sanitari debbano intendersi gli strumenti e le apparecchiature utili alla diagnostica ed alla terapia degli stati morbosi; nella fattispecie rientrano, oltre ai presidi indicati dal decreto ministeriale 8 febbraio 1982 (siringhe da insulina monouso, reattivi per il dosaggio della glicemia e per la ricerca del glucosio e dei corpi chetonici nelle urine ed altro), i riflettometri per la lettura rapida della

glicemia, i microinfusori per l'infusione programmata dell'insulina, nonché gli altri mezzi meccanici per l'erogazione dell'insulina (siringhe ad impulsi, iniettori a pressione, eccetera) e tutti gli strumenti utili per il trattamento del diabete. Non sono invece da considerare presidi sanitari, ai sensi della normativa vigente, gli alimenti dietetici.

Considerato quanto sopra illustrato e ritenuto che la richiesta delle ASL di fornire il microinfusore solo dietro presentazione della certificazione di invalidità rappresenti, alla luce delle disposizioni della legge n. 115/1987, una ingiustificata limitazione dei diritti dei pazienti diabetici, questo Ministero ha provveduto ad invitare la regione Sardegna ad adottare le iniziative necessarie al fine di evitare che le famiglie siano obbligate, ai fini dell'erogazione dei microinfusori per insulina, a richiedere il riconoscimento dell'invalidità civile, spesso contro la loro volontà, anche in considerazione del fatto che tale riconoscimento potrebbe rafforzare ulteriormente i pregiudizi e gli atteggiamenti discriminatori che riguardano ancora oggi il ragazzo con diabete.

Per quanto riguarda la pubblicazione del Piano nazionale diabete, si fa presente che presso il Ministero della salute è stato individuata, all'interno dei partecipanti alla Commissione diabete, un gruppo redazionale ristretto, che sta provvedendo alla stesura finale del documento, sulla base dei contributi già forniti dai membri della Commissione citata.

ALLEGATO 3

5-06444 Farina Coscioni: Assistenza ai pazienti diabetici e celiaci nelle proposte delle regioni per il nuovo Patto per la salute 2013-2015.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Si fa presente che i lavori per la predisposizione del Patto per la Salute, come è noto, hanno previsto uno slittamento, per una condivisione con le regioni sull'opportunità di far procedere parallelamente la discussione sul nuovo Patto con quella relativa alle risorse finanziarie realmente disponibili.

Pertanto nel prosieguo dei lavori per il perfezionamento del nuovo Patto per la salute, saranno opportunamente valutate

le criticità evidenziate, riguardanti in particolare il modello di assistenza diabetologica, il *ticket* sui presidi, il passaggio all'età di 7 anni del bambino diabetico dal pediatra al medico di medicina generale, nonché la tutela dei soggetti affetti da celiachia, al fine di garantire, nel rispetto del diritto alla salute costituzionalmente previsto, l'erogazione di cure efficaci ed appropriate sotto il profilo clinico ed etico nei confronti di tali pazienti.

ALLEGATO 4

5-06508 Margiotta: Attività libero-professionale dei medici.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Come è noto, l'articolo 15-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992 configura l'esercizio dell'attività libero professionale all'interno delle aziende sanitarie come un diritto del dirigente sanitario che abbia optato per il rapporto di lavoro esclusivo. Al riguardo, è normativamente previsto l'obbligo da parte delle aziende sanitarie, laddove non siano disponibili strutture e spazi distinti da destinare ai propri professionisti per l'esercizio della menzionata attività, di adottare specifiche iniziative per reperire fuori dall'azienda medesima spazi sostitutivi in strutture non accreditate ed autorizzare l'utilizzazione di studi professionali privati (cosiddetta *intra-moenia allargata*).

Invero, per quel che concerne la fattispecie richiamata dall'onorevole interrogante, si rappresenta che ai sensi della normativa vigente per attività libero professionale *intra-muraria* si intende «... l'attività che detto personale individualmente o in *équipe* esercita fuori dell'impegno di servizio in regime ambulatoriale, ivi comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di *day hospital*, *day surgery* o di ricovero sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o di fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992 ».

In tale ambito, ai sensi dell'articolo 55 e seguenti dei contratti collettivi nazionali

del lavoro, in conformità alle disposizioni vigenti e dell'atto di indirizzo e coordinamento contemplato dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 27 marzo 2000, sono espressamente indicate le tipologie di attività denominate « attività libero professionale *intra-muraria* ».

Tra le suddette tipologie di attività rientra la fattispecie sollevata dall'onorevole interrogante, e cioè l'attività a pagamento svolta in strutture di altra azienda del servizio sanitario nazionale o in altre strutture non accreditate, previa convenzione con le stesse.

Al riguardo, l'Atto di indirizzo e coordinamento del 2000 consente alle amministrazioni regionali di emanare una propria regolamentazione in materia, fatte salve le disposizioni vigenti.

In particolare, l'articolo 9 del predetto atto di indirizzo e di coordinamento prevede che: « Le attività professionali, richieste a pagamento (...) e svolte (...) in struttura di altra azienda del servizio sanitario nazionale o di altra struttura sanitaria non accreditata, sono disciplinate da convenzione dell'azienda con le predette (...) strutture in conformità al regolamento aziendale ».

Trattasi, pertanto, di « attività professionali a pagamento » svolte sulla base di convenzioni per l'erogazione di prestazioni occasionali richieste a pagamento da singoli utenti presso le strutture convenzionate e, come tali, non assoggettate alla disciplina transitoria prevista per l'« *intra-moenia allargata* ».

Infine, per quel che concerne l'opportunità di emanare una circolare interpretativa in materia, si rappresenta che, nel rispetto del riparto di competenze tra Stato e regioni, la regolamentazione delle modalità di organizzazione e di svolgimento da parte

dei dirigenti medici, veterinari e delle professionalità della dirigenza del ruolo sanitario, dell'attività libero professionale intramuraria, spetta alle regioni ed alle Aziende sanitarie, nel rispetto dei principi fissati dalla normativa nazionale.