XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

DL 154/08: Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali. C. 1891 Governo (Parere alla V Commissione) *(Seguito dell'esame e rinvio)* 91

SEDE REFERENTE:

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di governo delle attività cliniche. C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-*ter* Livia Turco e C. 278 Farina Coscioni *(Seguito dell'esame e rinvio)* 93

ATTI COMUNITARI:

Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. COM (2008) 414 def. *(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 127, comma 1, del regolamento e rinvio)* 100

COMITATO RISTRETTO:

Disposizioni concernenti l'impiego di farmaci psicotropi per la cura dei bambini e degli adolescenti. C. 126 Bocciardo, C. 1414 De Angelis e C. 1716 Laura Molteni 100

SEDE CONSULTIVA

Giovedì 20 novembre 2008. — Presidenza del vicepresidente Carlo CICCIOLI. — Interviene il sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali Francesca Martini.

La seduta comincia alle 9.15.

DL 154/08: Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali.
C. 1891 Governo.
(Parere alla V Commissione).

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in oggetto, rinviato nella seduta del 19 novembre 2008.

Il sottosegretario Francesca MARTINI stigmatizza l'assenza dei deputati del gruppo del Partito Democratico che, nella seduta di ieri, avevano chiesto chiarimenti urgenti da parte del Governo sullo stato di avanzamento delle misure volte a consentire lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria. Poiché, tuttavia, il Governo aveva assunto un impegno in tal senso, desidera comunque fornire i chiarimenti richiesti. Ricorda dunque che l'articolo 1-*bis* del progetto di legge in esame prevede la proroga al 31 dicembre 2012 del termine per l'adozione delle misure e degli interventi di ristrutturazione edilizia per rendere disponibili i locali destinati all'attività libero-professionale intramuraria, e, contestualmente, proroga fino al 31 gennaio 2010 la vigenza delle misure provvisorie già adottate per consentire lo svolgimento della predetta attività libero-pro-

fessionale intramuraria anche fuori dalle strutture ospedaliere. La proroga relativa agli interventi di ristrutturazione edilizia è stata richiesta dalle regioni per consentire l'ammissione a finanziamento di ulteriori interventi. Infatti, poiché la scadenza del 31 gennaio 2009 (termine entro il quale va effettuato il collaudo dell'opera) non era compatibile con i cronogrammi dei nuovi interventi di edilizia sanitaria, la predetta scadenza ha prodotto l'effetto paradossale di escludere dai finanziamenti nuovi ed urgenti progetti di intervento. Da qui la richiesta di parte regionale, condivisa dal Ministero, di procrastinare il termine. Per quanto concerne, invece, la proroga di un anno della possibilità di esercitare l'attività libero-professionale allargata, fa presente che l'Osservatorio sulla libera professione intramuraria sta monitorando l'attività di adeguamento delle regioni in relazione agli adempimenti previsti dalla legge n. 120 del 2007. I dati saranno prossimamente presentati al Parlamento nell'ambito della Relazione annuale, prevista dall'articolo 15-*quattordecies* del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni. Da un primo esame dei dati raccolti, emerge come diverse regioni non siano in grado di garantire entro il termine del 31 gennaio 2009 l'adozione di tutti gli interventi previsti dalla legge n. 120 del 2007 per il superamento dell'attività libero-professionale allargata. Emerge, infatti, che solo le regioni Lombardia, Toscana, Emilia Romagna ed Umbria hanno sostanzialmente raggiunto gli obiettivi, mentre tutte le altre – ad eccezione di Abruzzo e Calabria, che registrano ritardi certamente non colmabili nel breve lasso di tempo disponibile, e della Sicilia, che non ha trasmesso alcuna informazione – devono ancora porre in essere una serie di atti preordinati al raggiungimento del suddetto obiettivo. A tutto ciò si aggiunge che, con la recentissima sentenza n. 371 del 5 novembre 2008, la Corte costituzionale ha dichiarato l'incostituzionalità di una serie di norme contenute nella citata legge n. 120 del 2007. Tra esse, segnala, in particolare, la norma contenuta nell'articolo 1, comma 7, che prevedeva sia sanzioni di natura pecuniaria a carico delle regioni inadempienti, sia la possibilità di intervento sostitutivo da parte del Governo in caso di inadempimento regionale. L'effetto di tale decisione è, dunque, quello di espungere dalla legge gli strumenti che essa poneva a disposizione del Governo per intervenire almeno nei casi più estremi. Più in generale, risulta chiaro come l'intervento della Corte imponga una pausa di riflessione per valutarne gli effetti e per consentire sia allo Stato sia alle regioni medesime di orientare la rispettiva azione alla luce dei principi contenuti nella sentenza. Tale necessità era già stata avvertita dal Governo, che aveva proposto la proroga dei termini al fine di allentare la tensione tra i due livelli di governo, che andava crescendo per la consapevolezza dei ritardi verificatisi in diverse regioni, ritardi giudicati in diverse realtà non colmabili nei pochi mesi che mancano alla scadenza del 31 gennaio 2009.

Ileana ARGENTIN (PD) desidera innanzitutto ringraziare la presidenza per aver accolto la sua richiesta di convocare la Commissione anche in orari diversi dal termine della seduta antimeridiana dell'Assemblea. Poiché il provvedimento in esame reca disposizioni in ordine alla realizzazione di ristrutturazioni edilizie in ambito sanitario, richiama la necessità di favorire, al limite anche mediante specifiche previsioni normative, la progressiva eliminazione delle barriere architettoniche all'interno delle strutture sanitarie.

Il sottosegretario Francesca MARTINI chiarisce che il Governo, pur riservandosi di valutare l'effettiva necessità di nuove, specifiche disposizioni normative, ritiene fondamentale il problema segnalato dall'onorevole Argentin, che non riguarda solo le infrastrutture, ma anche la possibilità di accedere ai servizi sanitari, senza subire alcuna forma di discriminazione.

Carlo CICCIOLI, *presidente,* nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 9.30.

SEDE REFERENTE

Giovedì 20 novembre 2008. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali Ferruccio Fazio.

La seduta comincia alle 13.55.

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di governo delle attività cliniche.
C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-*ter* Livia Turco e C. 278 Farina Coscioni.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato nella seduta del 19 novembre 2008.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, invita il relatore ad illustrare le due proposte di legge n. 977-*ter* Livia Turco e n. 278 Farina Coscioni, abbinate nella seduta di ieri.

Domenico DI VIRGILIO (PdL), *relatore*, ricorda che la proposta di legge n. 278 modifica la disciplina relativa alla nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie, intervenendo, in tal senso, sul decreto legislativo n. 502 del 1992. L'articolo 1 interviene sulla procedura e sui requisiti necessari per la nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e modifica quanto stabilito all'articolo 3-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. In particolare, la norma in esame, al comma 1, lettera *a)*, inserisce alcuni periodi al comma 2 del citato articolo 3-*bis*, riguardanti: l'obbligo per le regioni di pubblicazione del bando di concorso, anche utilizzando i propri siti *internet*, per i posti di direttore generale delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, con congruo anticipo, non inferiore a due mesi prima della scadenza; l'apertura del bando di concorso a tutti i cittadini dell'Unione europea; la pubblicazione dei *curricula* dei candidati sul sito internet della regione, e la corrispondenza degli stessi al modello definito ai sensi della normativa comunitaria vigente. La lettera *b)* modifica la lettera *a)* del comma 3 del citato articolo 3-*bis* prevedendo un titolo equipollente in alternativa al diploma di laurea previsto come primo requisito. La lettera *c*) inserisce, dopo il comma 3, i commi 3-*bis* e 3-*ter* prevedendo: una Commissione di valutazione dei suddetti requisiti, istituita dalla regione e composta da cinque membri scelti fra i rappresentanti delle maggiori società di interesse nazionale nel campo del *consulting manageriale* (nuovo comma 3-*bis*); la pubblicazione della graduatoria dei candidati sul sito internet della regione; la nomina regionale del direttore generale sulla base della graduatoria (nuovo comma 3-*ter*). La lettera *d)* sostituisce il comma 4 del citato articolo 3-*bis*. Il nuovo comma 4 prevede: un certificato di frequenza di un corso di formazione, con oneri a carico dei partecipanti, fornito dai direttori generali in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitarie entro diciotto mesi dalla nomina, organizzato dall'Agenzia per la formazione dei dirigenti e dipendenti delle amministrazioni pubbliche – Scuola nazionale della pubblica amministrazione; l'accreditamento dei soggetti pubblici o privati relativo ai contenuti, alla metodologia delle attività didattiche e alla durata dei corsi è effettuato, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome dalle regioni al fine di consentire la validità dei centri di formazione per l'intero territorio nazionale. La lettera *e)* aggiunge, dopo il comma 4, un comma 4-*bis* che prevede la trasmissione all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali del provvedimento di nomina regionale del direttore generale e la documentazione contenente la valutazione della commissione. La lettera *f*) detta alcune modifiche al comma 5 sostituendo il

primo periodo di quest'ultimo e prevedendo la determinazione preventiva dei criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali da parte delle regioni, in sede di Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, sentite anche le organizzazioni di tutela dei diritti, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti e quantificati 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. La lettera *g*) aggiunge alcuni periodi al comma 6 del citato articolo 3-*bis*, prevedendo l'obbligo della motivazione del provvedimento di conferma o meno del direttore generale e della pubblicazione sui siti *internet* della regione e dell'azienda sanitaria interessata. In caso di non conferma del direttore generale, si procede alla sua sostituzione attingendo alla graduatoria prevista. Infine, la lettera *h*) dispone limitate modifiche al comma 7 prevedendo l'uso della graduatoria concorsuale per sostituire il direttore generale in caso di gravi motivi o quando la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, successivamente alla risoluzione del contratto da parte della regione. L'articolo 2 fa salvi tutti i provvedimenti adottati dalle regioni prima della data di entrata in vigore del presente provvedimento ai sensi dell'articolo 3-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nel testo vigente prima della medesima data.

Passando a illustrare la proposta di legge n. 977-*ter*, risultante dallo stralcio di alcuni articoli della proposta di legge n. 977 Livia Turco, deliberato dall'Assemblea su richiesta della Commissione, fa presente che l'articolo 7, composto da un solo comma, introduce modifiche all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, riguardante l'organizzazione delle unità sanitarie locali. Nel dettaglio, con il comma 1 si introducono, tra l'altro, le seguenti modifiche: viene modificata la composizione degli organi delle azienda che, ai sensi della disciplina vigente comprende il direttore generale ed il collegio sindacale [lettera *c)*]; la nomina del direttore amministrativo e del direttore sanitario, da parte del direttore generale, deve, ai sensi della nuova disciplina, essere « congruamente motivata » per quanto concerne il *curriculum* dei candidati prescelti (lettera *d)*); sono introdotte disposizioni relative ai compiti del collegio di direzione che tra l'altro, ai sensi della disciplina proposta, concorre alla pianificazione delle attività gestionali ed organizzative, alla valutazione dei risultati conseguiti, alla programmazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria [lettera *e)*]; con le lettere da *f)* a *o)* vengono, introdotte – con riferimento ai commi 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12 e 14 dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992 – modifiche di carattere formale per la sostituzione, ovunque compaia, della definizione di « unità » con « aziende »; oltre a questa sostituzione terminologica, le lettere *h)* ed *n)* prevedono l'inserimento del collegio di direzione e del consiglio delle professioni sanitarie tra gli organi nei confronti dei quali il direttore generale è tenuto a motivare eventuali provvedimenti assunti in difformità con il parere espresso dai medesimi; sono inoltre aggiunte disposizioni che assegnano agli enti locali il compito di valutare l'impatto delle strategie delle aziende sanitarie locali rispetto al proprio territorio: a tale scopo, il direttore generale dell'azienda sanitaria riferisce annualmente al sindaco o alla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale, sui risultati conseguiti [lettera *o)*, n. 2]. L'articolo 8 modifica l'articolo 3-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in tema di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. Tra le modifiche previste si dispone l'adozione, da parte delle regioni, di iniziative volte a garantire adeguata trasparenza e pubblicità alle procedure, fina dal loro avvio, per la copertura delle vacanze dei posti di direttore generale [comma 1, lettera *b)*]. Più in particolare si

prevede una revisione dei requisiti di nomina dei predetti dirigenti che, in base alla disciplina vigente, devono essere in possesso del diploma di laurea e di un'esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso. Ai predetti requisiti la proposta di legge [comma 1, lettera *c)*] aggiunge la formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e di gestione sanitarie nell'ambito dei programmi formativi. La preventiva determinazione, da parte delle regioni, dei criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali deve, ai sensi delle disposizioni proposte [comma 1, lettera *d)*], tener conto dei pareri espressi dalle associazioni di tutela degli utenti e del raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale. Viene inoltre precisato [comma 1, lettera *e)*] che la conferma o meno della nomina deve essere preceduta dall'espletamento delle modalità di verifica. Con il comma 1, lettera *f)*, viene sostituito il comma 7 testé descritto, prevedendo che le regioni garantiscano la pubblicità degli obiettivi di risultato attribuiti ai direttori generali nei contratti attraverso i propri siti *internet* e i siti delle aziende presso le quali i direttori sono nominati. Le regioni dichiarano la decadenza del direttore generale in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità e nel caso in cui, nelle verifiche sull'andamento gestionale, si registri il mancato rispetto dell'equilibrio economico-finanziario dell'azienda o il mancato raggiungimento degli obiettivi previsti nel contratto. La decadenza del direttore è altresì disposta nel caso di mancato rispetto dei contenuti essenziali e delle tempistiche dei flussi informativi previsti dai sistemi informativi regionali, dal Nuovo sistema informativo sanitario e dal Sistema nazionale di valutazione. L'articolo 9 interviene sull'articolo 3-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992. La nuova disciplina [comma 1, lettera *a)*] precisa che l'eventuale diversa articolazione dei distretti deve tener conto degli ambiti territoriali e delle forme per la gestione della rete dei servizi e degli interventi sociali stabiliti dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, « Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali ». Si precisa inoltre che entro il 31 dicembre di ogni anno le Regioni trasmettono all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali un rapporto sullo stato dell'articolazione in distretti delle proprie aziende sanitarie locali e sui progressi dell'integrazione istituzionale con gli ambiti indicati dalla legge. Le modifiche proposte [comma 1, lettera *b)*] evidenziano, in particolare, la centralità del distretto nella programmazione delle attività territoriali ai fini dell'organizzazione e dell'erogazione delle attività di assistenza primaria, delle prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Viene inoltre richiamata la collaborazione con i presìdi ospedalieri al fine di garantire l'integrazione delle attività specialistiche e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio nell'ambito di percorsi assistenziali integrati. Si prevede altresì [comma 1, lettera *d)*] la facoltà per le regioni, al fine di consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali, di disciplinare ulteriori modalità di partecipazione degli enti locali al governo dei servizi territoriali. L'articolo 10 introduce una serie di modifiche alla disciplina recata dagli articoli 8 e 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992, riguardanti rispettivamente la disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali e la disciplina relativa al sistema di accreditamento istituzionale. Con l'articolo 10, comma 1, lettera *b)*, si dispone la sostituzione dell'atto di indirizzo e coordinamento ritenuto, anche da quanto espressamente indicato nella relazione illustrativa « ormai non più praticabile dopo la modifica del titolo V della parete seconda della Costituzione », con un decreto del Consiglio dei ministri che deve tener conto di ulteriori criteri: individuare e

definire i requisiti di funzionalità e sicurezza sotto il profilo scientifico, tecnologico e strutturale sulla base di direttive tecniche approvate dal Ministro della salute, sentiti l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e il Consiglio superiore di sanità; assicurare la periodicità dei controlli da parte delle regioni sulla permanenza dei requisiti; verificare l'adozione di adeguate forme assicurative da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private, per la copertura dei danni derivanti dall'esercizio della professione sanitaria (le strutture pubbliche possono adottare forme alternative di garanzia); prevedere adeguate forme di verifica da parte del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del rispetto e della permanenza dei requisiti di cui al presente comma, anche tramite l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Con il comma 2 si introducono una serie di modifiche all'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992 riguardante l'accreditamento istituzionale. In particolare, si dispone la sostituzione del previsto atto di indirizzo e coordinamento per la definizione, ai sensi del comma 3 del citato articolo 8-*quater*, dei requisiti ulteriori di qualificazione, della loro funzionalità e della verifica dell'attività svolta, con un'apposita intesa da realizzarsi ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, « Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 » [comma 2, lettera *a)*]. Conseguentemente, le lettere *b)* e *c)* dispongono un'analoga modifica ai commi 5 e 6. Con il comma 3 si prevedono disposizioni volte ad introdurre un sistema automatico di sospensione dell'accreditamento per le strutture i cui titolari siano dichiarati responsabili di truffa con sentenza passata in giudicato. Con l'articolo 11 si dispongono modifiche all'articolo 17-*bis* riguardante l'organizzazione dei dipartimenti. Le modifiche riguardano in particolare: la qualificazione dell' organizzazione dipartimentale quale modello ordinario di gestione operativa non solo di tutte le attività delle Aziende sanitarie locali, ma anche delle aziende ospedaliere; la nomina del direttore di dipartimento, che in base alla nuova disciplina deve essere preceduta da una consultazione del collegio di direzione e del comitato di dipartimento tra una terna di dirigenti con incarico di struttura complessa (articolo 11, comma 2); il ruolo del comitato di dipartimento che, nelle procedure di nomina del direttore di dipartimento, è incaricato dell'individuazione della terna di candidati e partecipa alla programmazione, alla realizzazione, al monitoraggio ed alla verifica delle attività dipartimentali (articolo 11, comma 3); le regioni, nel disciplinare la composizione e le funzioni del comitato di dipartimento, devono assicurare la parità tra membri di diritto e rappresentanti della dirigenza medica e sanitaria e delle professioni sanitarie eletti nel personale (articolo 11, comma 4). Con l'articolo 12 si inserisce l'articolo 17-*ter* nel decreto legislativo n. 502 del 1992. La nuova disciplina introduce disposizioni volte a statuire le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto, ai quali, nell'ambito delle rispettive competenze definite dalla normativa regionale, sono attribuite responsabilità di indirizzo e di valutazione delle attività clinico-assistenziali e tecnico-sanitarie volte a garantire che ogni assistito abbia accesso ai servizi secondo i princìpi di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate, di appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, di efficacia delle prestazioni in base alle evidenze scientifiche, di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini. L'articolo 13 interviene sulle modalità di attribuzione degli incarichi di direzione di struttura complessa, anche al fine di valorizzare, secondo quanto indicato nella relazione illustrativa della proposta di legge in esame, la trasparenza e la meritocrazia. Oltre a richiamare espressamente i criteri dettati dal regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, la norma in esame stabilisce che il bando di selezione specifichi le competenze professionali e i requisiti curriculari richiesti in ragione della

tipologia delle attività sanitarie da garantire, come definite nella programmazione strategica aziendale (comma 1). In base al comma 2 dell'articolo in esame, la commissione per la selezione è costituita da cinque componenti scelti dal collegio di direzione, di cui uno interno all'azienda e quattro nell'ambito di una rosa di otto nominativi di direttori di struttura complessa appartenenti alla stessa disciplina, individuati attraverso pubblico sorteggio tra il personale del Servizio sanitario nazionale iscritto nell'elenco a tale fine tenuto presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. La commissione opera secondo i criteri e le procedure previsti dal regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484. Sulla base di tale valutazione, la commissione seleziona non più di tre candidati in possesso delle migliori caratteristiche curriculari con riferimento all'incarico da conferire. Le aziende sanitarie locali rendono noti, adottando misure di pubblicità e di trasparenza e utilizzando i propri siti *internet*, i curricula dei candidati selezionati. I candidati selezionati sono sottoposti a un colloquio attitudinale effettuato in base a criteri fissati dalla regione, gestito dalla commissione e svolto alla presenza del direttore generale. Esperite tali procedure, il direttore generale individua il candidato cui conferire l'incarico con motivazione scritta. L'articolo 14 introduce modifiche al comma 4 dell'articolo 15-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario. Con la nuova disciplina viene riaffermato il principio che la direzione di struttura complessa comporta l'esclusività del rapporto per tutta la durata dell'incarico prevista dal contratto individuale. Per tutti gli altri incarichi che non rientrano nella suddetta fattispecie è prevista la possibilità, a domanda, e al termine dell'impegno assunto con il contratto individuale, di transitare dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa, con effetti giuridici ed economici decorrenti dal primo giorno del mese successivo. Sono comunque fatte salve le norme che statuiscono che i risparmi aziendali derivanti dal passaggio dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo concorrono al finanziamento delle spese complessive dell'indennità di esclusività e che per le restanti componenti accessorie si provvede nell'ambito dei fondi destinati alla contrattazione integrativa (comma 1). Viene altresì precisato che le disposizioni indicate esplicano i proprio effetti per gli incarichi assegnati dopo la data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della legge, ovvero al momento del rinnovo per gli incarichi attualmente in vigore (comma 2). In conseguenza delle disposizioni di cui al comma 1 si dispone l'abrogazione del primo periodo dell'articolo 15-*quinquies*, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in base al quale gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, implicano il rapporto di lavoro esclusivo (comma 3). L'articolo 15 sostituisce l'articolo 16 del decreto legislativo n. 502 del 1992, disciplinando in modo dettagliato la formazione specifica in medicina generale e dei medici specializzandi. Il nuovo articolo 16, composto da sette commi, al comma 1 attribuisce al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali il coordinamento della formazione specifica dei medici di medicina generale, affidata alle regioni e alle province autonome, al fine di assicurare l'omogeneità degli indirizzi sul territorio nazionale. Il comma 2 riproduce il vigente testo dell'articolo 16 esplicitando le attività costituenti la formazione medica di cui all'articolo 6, comma 2 del decreto legislativo n. 502 del 1992. Il comma 3 prevede che l'attività professionalizzante prevista dagli attuali ordinamenti didattici in misura non inferiore al 70 per cento dei crediti formativi complessivi sia svolta, secondo le modalità di cui all'articolo 38, comma 3, del decreto legislativo n. 368 del 1999 nelle strutture universitarie e del Servizio sanitario nazionale, ospedaliere ed extraospedaliere: queste ultime costituiscono la rete formativa individuata dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano per ogni specializzazione

nell'area ove ha sede la scuola di specializzazione. Il comma 4 qualifica l'attività professionalizzante sopra descritta, adeguatamente certificata, come requisito per l'ammissione alle prove *in itinere* e alla discussione della tesi di specializzazione. È poi previsto che all'inizio di ogni anno accademico siano preventivamente determinati, dall'osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica di cui all'articolo 44 del decreto legislativo n. 368 del 1999, i criteri generali di rotazione tra le strutture inserite nella rete formativa: essi costituiscono parte integrante del programma di formazione di cui al comma 2 dell'articolo 38 del citato decreto legislativo n. 368 del 1999. Il comma 5, in relazione alla formazione dei medici specializzandi, di cui all'articolo 37 del citato decreto legislativo n. 368 del 1999, prevede che i medici in regola con l'acquisizione dei crediti formativi previsti dall'ordinamento didattico vengano inseriti, a decorrere dal penultimo anno di iscrizione alla scuola di specializzazione, nelle articolazioni organizzative delle aziende sanitarie locali costituenti la rete formativa individuata dalle regioni per ogni specializzazione. Per realizzare la finalità citata, il comma 6 stabilisce che le regioni e le province autonome, avvalendosi dell'osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica sopra descritto e in accordo con le organizzazioni sindacali definiscano un protocollo aggiuntivo al contratto di formazione specialistica nel quale vengono individuati: i criteri per l'attribuzione alle unità operative delle Aziende sanitarie locali; la sede di assegnazione, la sua durata e le cause di anticipata risoluzione; il trattamento economico integrativo onnicomprensivo rapportato a quello del personale dipendente; i modi di svolgimento delle attività della struttura di assegnazione che devono essere eseguite personalmente dal medico dopo una graduale e progressiva acquisizione di autonomia professionale; l'impegno orario richiesto, analogo a quello del personale dipendente, con riserva di pari entità per l'assolvimento degli obblighi didattici; l'assenza di ogni diritto in merito all'accesso ai ruoli del Servizio sanitario nazionale o dell'università. Il comma 7 prevede infine che le aziende sanitarie locali interessate rendano indisponibile nella pianta organica un posto di dirigente del ruolo sanitario ogni cinque specializzandi inseriti. L'articolo 16, al comma 1, attribuisce al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali la promozione del coordinamento delle varie attività del Servizio sanitario nazionale preordinate alla definizione di linee guida e di percorsi diagnostico-terapeutici riferiti, in via prioritaria, ai temi della variabilità nella pratica clinica, ai tempi di attesa, alla probabilità di incidenti critici ed errori clinici alle patologie ad elevata complessità, agli effetti rilevanti sull'organizzazione dei servizi nonché agli obiettivi individuati nel Piano sanitario nazionale, come anche alle valutazioni di impatto sanitario ed economico e di analisi dei rapporti costo beneficio e rischio-beneficio circa i nuovi dispositivi medici e le nuove tecnologie sanitarie. Il comma 2 prevede che a tal fine sia istituito presso il Ministero il Sistema nazionale linee guida e valutazione delle tecnologie sanitarie, mediante la costituzione di un comitato strategico del quale viene specificamente disciplinata la composizione. Ai sensi del comma 3, spetta al comitato citato l'elaborazione ed il coordinamento di programmi annuali, la realizzazione dei quali viene affidata ad un comitato organizzativo. Viene poi rimessa ad un decreto ministeriale (comma 4), d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, la definizione delle modalità di attivazione del Sistema nazionale linee guida. Non si sofferma sugli articoli 17 e 18, poiché questi concernono materie su cui, secondo quanto rappresentato dal presidente della 12ª Commissione del Senato e riferito dal presidente nella seduta di ieri, vertono anche disegni di legge il cui esame è già iniziato presso l'altro ramo del Parlamento. L'articolo 19 prevede (comma 1) che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano adottino, nei limiti delle risorse disponibili, misure organizzative per consentire la definizione stragiudiziale delle controversie aventi ad oggetto danni

derivanti da prestazioni fornite da operatori del Servizio sanitario nazionale, fermo restando il contenimento delle spese connesse al contenzioso. Il conseguimento degli obbiettivi di contenimento della spesa viene poi verificato annualmente, con riferimento agli ultimi tre esercizi, dalle regioni e dalle province autonome. Il comma 2 prevede che le misure di cui al comma 1 siano adottate nel rispetto di alcuni principi e criteri relativi al carattere non obbligatorio della conciliazione, quale strumento di composizione stragiudiziale delle controversie e alla garanzia del carattere celere, imparziale, professionale delle procedure nonché dell'adeguata rappresentatività delle categorie interessate. L'articolo 20, infine, ridefinisce il ruolo e i compiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. In particolare, l'attività tecnico-scientifica di supporto per il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, per le regioni e le province autonome nella definizione delle linee strategiche del Servizio sanitario nazionale, è rivolta anche: alla promozione della qualità delle prestazioni e dei servizi resi al cittadino nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza; al monitoraggio dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità del Servizio sanitario nazionale (comma 1). In tali ambiti, rappresentano compiti prioritari dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali: il sostegno all'elaborazione degli atti di programmazione sanitaria regionale e delle province autonome; la valutazione dell'impiego delle risorse; la collaborazione al monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza e sulla qualità del Servizio sanitario nazionale; il monitoraggio, la promozione ed il coordinamento della sicurezza delle cure e della prevenzione del rischio clinico; la promozione, l'assistenza tecnica e il monitoraggio dei programmi di riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni; l'elaborazione di linee guida cliniche e di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali e di iniziative per la programmazione, la gestione e la valutazione dell'innovazione tecnologica; il monitoraggio delle procedure di accreditamento dei soggetti pubblici e privati erogatori di servizi sanitari; l'elaborazione di modelli di organizzazione e di funzionamento dei servizi sanitari e socio-sanitari; il supporto alla predisposizione, all'attuazione e alla valutazione dei provvedimenti relativi all'educazione continua in medicina; la collaborazione con l'Agenzia per la formazione dei dirigenti e dipendenti delle amministrazioni pubbliche-Scuola nazionale della pubblica amministrazione ai fini della valutazione e del coordinamento dei programmi dei corsi di formazione dei direttori generali delle aziende sanitarie locali di cui all'articolo 3-*bis* del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, come da ultimo modificato dall'articolo 8 del presente provvedimento (comma 2). L'attività tecnico-scientifica dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali si sviluppa attraverso programmi triennali e riferisce annualmente sulla propria attività alla Conferenza unificata (comma 3). L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali opera in collaborazione con le agenzie sanitarie regionali o delle province autonome, ove costituite, e con le altre istituzioni pubbliche e private di comprovata esperienza anche attraverso specifici protocolli d'intesa o convenzioni che definiscono ruoli, attività e risorse impiegate (comma 4). L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, per lo svolgimento delle proprie attività istituzionali accede alle banche dati pubbliche secondo le disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali e del codice di deontologia e buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e scientifici, in base ad accordi stipulati tra l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e le singole amministrazioni (comma 5). L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali svolge anche attività di ricerca corrente e finalizzata ai sensi della normativa vigente in materia (comma 6). Viene infine prevista, al comma 7, l'emanazione, entro un mese dalla data di entrata in vigore della legge, nuovo regolamento dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, da adottare secondo le procedure previste.

Lucio BARANI (PdL) auspica che possa concludersi quanto prima l'esame preliminare delle proposte di legge in titolo e che la Commissione possa quindi procedere in tempi rapidi alla nomina di un Comitato ristretto per l'elaborazione di una proposta di testo unificato.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, fa presente che, se nelle prossime sedute non vi saranno richieste di intervento, la presidenza dichiarerà concluso l'esame preliminare e la Commissione potrà valutare di procedere alla nomina di un Comitato ristretto. Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.10.

ATTI COMUNITARI

Giovedì 20 novembre 2008. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali Ferruccio Fazio.

La seduta comincia alle 14.10.

Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.
COM (2008) 414 def.

(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 127, comma 1, del regolamento e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in oggetto, rinviato, da ultimo, nella seduta del 18 novembre 2008.

Il sottosegretario Ferruccio FAZIO, rispondendo alla questione sollevata da alcuni deputati nella precedente seduta, fa presente che il suo Dicastero, sul provvedimento in esame, sta lavorando a stretto contatto con esperti indicati dalle regioni. Il Governo si impegna comunque a riferire in Commissione sulle posizioni che le regioni assumeranno formalmente al riguardo.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, ringrazia il rappresentante del Governo per le informazioni fornite e per la disponibilità testé manifestata. Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.15.

COMITATO RISTRETTO

Giovedì 20 novembre 2008.

Disposizioni concernenti l'impiego di farmaci psicotropi per la cura dei bambini e degli adolescenti.
C. 126 Bocciardo, C. 1414 De Angelis e C. 1716 Laura Molteni.

Il Comitato ristretto si è riunito dalle 14.15 alle 14.25.