

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Disposizioni per la promozione del diritto alla formazione e allo sviluppo professionale. Nuovo testo unificato C. 1079 Bobba e abb. (Parere alla XI Commissione) (<i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con condizione</i>)	72
ALLEGATO 1 (<i>Parere approvato dalla Commissione</i>)	76

SEDE REFERENTE:

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. C. 624-635-1141-1312-1738-1764-ter-1830-1968-ter-B, approvato dalla Camera e modificato dal Senato (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>)	73
ALLEGATO 2 (<i>Emendamento</i>)	77
Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche. Testo unificato C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni, C. 1942 Mura, C. 2146 Minardo, C. 2355 Di Pietro, C. 2529 Scandroglio e C. 2693 Zazzera (<i>Seguito dell'esame e rinvio – Adozione di un nuovo testo base</i>)	73
ALLEGATO 3 (<i>Nuovo testo unificato adottato come nuovo testo base</i>)	78
Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioi e C. 2831 Jannone (<i>Seguito dell'esame e rinvio – Abbinamento delle proposte di legge C. 2927 Picchi e Carlucci e C. 3038 Garagnani</i>)	74
Sui lavori della Commissione	75
AVVERTENZA	75

SEDE CONSULTIVA

Giovedì 25 febbraio 2010. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO.

La seduta comincia alle 10.40.

Disposizioni per la promozione del diritto alla formazione e allo sviluppo professionale.

Nuovo testo unificato C. 1079 Bobba e abb.
(Parere alla XI Commissione).

(*Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con condizione*).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato nella seduta del 24 febbraio 2010.

Luciana PEDOTO (PD), *relatore*, formula una proposta di parere favorevole con una condizione (*vedi allegato 1*).

Nessuno chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere del relatore.

La seduta termina alle 10.45.

SEDE REFERENTE

Giovedì 25 febbraio 2010. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il ministro della salute Ferruccio Fazio.

La seduta comincia alle 10.45.

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

C. 624-635-1141-1312-1738-1764-ter-1830-1968-ter-B, approvato dalla Camera e modificato dal Senato.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in oggetto, rinviato, da ultimo, nella seduta del 17 febbraio 2010.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, ricorda che il termine per la presentazione di emendamenti al provvedimento in titolo è scaduto il 23 febbraio, alle ore 12, e che è pervenuto solo l'emendamento Zeller e Brugger 2.1 (*vedi allegato 2*), sul quale esprime parere contrario.

Il ministro Ferruccio FAZIO esprime parere conforme a quello del relatore.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, constata l'assenza dei presentatori dell'emendamento Zeller e Brugger 2.1: s'intende che vi abbia rinunciato.

Nessun chiedendo di intervenire, avverte che il testo in esame verrà trasmesso alle competenti Commissioni per l'espressione dei prescritti pareri.

Rinvia, quindi, il seguito dell'esame ad altra seduta.

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche.

Testo unificato C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni, C. 1942 Mura, C. 2146 Minardo, C. 2355 Di Pietro, C. 2529 Scandroglio e C. 2693 Zazzera.

(Seguito dell'esame e rinvio – Adozione di un nuovo testo base).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in oggetto, rinviato, da ultimo, nella seduta del 10 dicembre 2009.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, ricorda che, in data 27 ottobre 2010, il testo unificato delle proposte di legge, adottato

come testo base, quale risultante dagli emendamenti approvati, era stato trasmesso alle Commissioni competenti per l'espressione dei prescritti pareri e che attualmente devono ancora esprimere il loro parere le Commissioni V e VII.

Sono pervenuti, quindi, il parere favorevole con condizione della I Commissione, il parere favorevole della II Commissione, il parere favorevole con condizione della VI Commissione, il parere contrario della XI Commissione, il parere favorevole della XIV Commissione e parere contrario della Commissione per le questioni regionali.

Alla luce dei pareri che sono stati espressi, il relatore ha ritenuto opportuno predisporre un nuovo testo unificato da adottare come nuovo testo base. Dà, quindi, la parola al relatore, on. Di Virgilio, per l'illustrazione del testo.

Domenico DI VIRGILIO (PdL), *relatore*, illustra il nuovo testo unificato delle proposte di legge in esame predisposto al fine sia di recepire sostanzialmente le condizioni e le osservazioni apposte ai pareri favorevoli che sono stati trasmessi, sia di tenere conto dei rilievi emersi dal dibattito sviluppatosi in particolare nelle Commissioni che hanno espresso un parere contrario (*vedi allegato 3*).

La Commissione delibera di adottare il nuovo testo unificato presentato dal relatore come nuovo testo base per il prosieguo dell'esame.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, propone di fissare il termine per la presentazione di emendamenti al testo unificato alle ore 12 di martedì 2 marzo 2010.

La Commissione concorda.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, rinvia, quindi, il seguito dell'esame ad altra seduta.

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica.
C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri,
C. 2065 Cicciole e C. 2831 Jannone.

(Seguito dell'esame e rinvio – Abbinamento delle proposte di legge C. 2927 Picchi e Carlucci e C. 3038 Garagnani).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in oggetto, rinviato, da ultimo, nella seduta del 19 febbraio 2010.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che sono state assegnate alla Commissione, in sede referente, le seguenti proposte di legge: C. 2927 d'iniziativa dei deputati Picchi e Carlucci « Modifiche alla legge 13 maggio 1978, n. 180, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori », assegnata in data 11 febbraio 2010 e C. 3038 d'iniziativa dei deputati Garagnani e altri, « Modifiche alla legge 13 maggio 1978, n. 180, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per la salute mentale », assegnata in data 16 febbraio 2010.

Poiché le suddette proposte di legge vertono su materia analoga a quella delle proposte di legge C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Cicciole e C. 2831 Jannone, la presidenza ne dispone l'abbinamento, ai sensi dell'articolo 77, comma 1, del regolamento.

Carlo CICCIOLE (PdL), *relatore*, integrando la relazione svolta nella scorsa seduta, si sofferma sulle proposte di legge testé abbinata, di cui illustra il contenuto. Al riguardo, osserva che entrambe le iniziative legislative sono state presentate all'indomani di gravi fatti di cronaca che hanno evidenziato, nel mondo medico-scientifico, l'esigenza di un ripensamento della normativa in materia di servizi di igiene mentale pubblici. A tal fine, le proposte di legge sono volte, mediante una modifica della legge n. 180 del 1978 – la cui disciplina è stata peraltro sostituita da quella contenuta nella legge n. 833 del 1992 – a dare ampia e maggiore tutela alla persona offesa ed evitare il più possibile il rischio di reiterazione del reato da parte

di soggetti che si trovano in una situazione di *deficit* mentale o, addirittura, di totale incapacità di intendere e di volere. In tal modo, dopo anni di dibattito in molte sedi, si è ritenuto doveroso aggiornare la normativa vigente, in modo da renderla più adatta alle esigenze di una società in cui sovente le malattie mentali sono sottovalutate sia sotto il profilo clinico che sotto quello strettamente giuridico.

In particolare, per quanto riguarda la proposta di legge C. 2927, essa prevede l'ampliamento dei soggetti legittimati a ricorrere al giudice tutelare, comprendendo tra questi anche l'amministratore di sostegno. In secondo luogo, è previsto che il consenso al trattamento sanitario obbligatorio (TSO) non sia esclusivamente volontario, e cioè dipendente dalla volontà della persona, ma che il consenso possa essere dato dal tutore o dall'amministratore di sostegno. Si prevede un ampliamento delle persone destinatarie del TSO, nel senso che devono essere ricompresi anche coloro che sono stati giudicati incapaci di intendere e di volere per ragioni di abuso di alcool o di sostanze stupefacenti e un'estensione della durata del TSO da una settimana a venti giorni. Infine, la proposta prevede l'istituzione su base regionale di albi delle strutture competenti presenti sul territorio.

Per quanto riguarda la proposta di legge C. 3038, anch'essa è volta a modificare la legge n. 180 del 1978 nelle parti ove non è previsto, per casi conclamati di particolare gravità, un ricovero permanente in strutture protette che forniscano al paziente un'assistenza adeguata e continua e, nel contempo, aiutino la famiglia di fronte a persone assolutamente non in grado di provvedere a se stesse e pericolose per la società, senza tuttavia ripristinare i vecchi ospedali psichiatrici o manicomio. A tal fine, si prevede che il TSO sia disposto qualora si ravvisino evidenti o possibili segni di pericolosità delle persone affette da malattie mentali verso se stesse o verso terzi, e che il TSO sia disposto presso strutture ospedaliere di lunga degenza per una durata minima di sei mesi, rinnovabili, ad ogni scadenza, di ulteriori

sei mesi, anche contro il consenso del ricoverato. La struttura sanitaria, per mezzo di una commissione – di cui viene disciplinata la composizione –, provvederà a redigere una relazione trimestrale sullo stato di salute mentale del ricoverato, al fine di individuare la possibilità di porre termine al TSO. La proposta di legge prevede altresì che chiunque abbia un interesse rilevante per ragioni di parentela o perché direttamente leso nei suoi diritti possa rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il TSO, nonché che la decisione del sindaco relativa alla revoca o alla modifica del TSO sia presa con motivazione espressa sentita una commissione di esperti in materia costituita da soggetti non residenti nel comune di residenza o di domicilio del ricoverato.

In conclusione, auspica che la discussione che si aprirà in Commissione su tutte le proposte di legge in esame sia ampia e approfondita.

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

Sui lavori della Commissione.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che è testé pervenuta una comunicazione da parte dei presidenti delle due Federazioni di disabili che erano state

convocate per le ore 11, con cui informano la Commissione di non poter prendere parte alle audizioni informali, previste nell'ambito dell'esame della proposta di legge C. 1732.

Carmelo PORCU (PDL), intervenendo sui lavori della Commissione, esprime il proprio rammarico per non poter procedere alle audizioni informali della FISH e della FAND e chiede al Presidente di convocarli per una prossima seduta.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che la prossima settimana saranno contattati i rappresentanti dei principali patronati e che le due Federazioni dei disabili verranno chiamate nuovamente per la settimana successiva.

La seduta termina alle 11.05.

AVVERTENZA

Il seguente punto all'ordine del giorno non è stato trattato:

COMITATO RISTRETTO

Disposizioni sulle associazioni di tutela delle persone disabili.

C. 1732 Porcu: audizione informale di rappresentanti della Federazione tra le associazioni nazionali delle persone con disabilità (FAND) e della Federazione italiana per il superamento dell'handicap (FISH).

ALLEGATO 1

Disposizioni per la promozione del diritto alla formazione e allo sviluppo professionale. Nuovo testo unificato C. 1079 Bobba e abb.**PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

esaminato, per le parti competenza, il nuovo testo unificato proposto di legge C. 1079 Bobba e abb. « Disposizioni per la promozione del diritto alla formazione e allo sviluppo professionale », quale risultante dagli emendamenti approvati;

rilevato che il provvedimento reca una delega al Governo per l'adozione, mediante l'emanazione di uno o più decreti legislativi, di norme finalizzate a disciplinare il diritto dei lavoratori anche inoccupati o dei disabili all'apprendimento e alla formazione allo scopo di elevare il livello formativo e professionale del capitale umano con particolare attenzione alle fasce sociali più disagiate al fine di rendere effettivo il loro diritto all'integrazione e all'inserimento nella complessa società civile;

considerato che tra le fasce sociali più disagiate destinatarie della proposta di legge non risultano inclusi gli immigrati regolarmente residenti in Italia;

rilevato che, tra i principi e i criteri direttivi particolare attenzione viene data dalla lettera *f*) all'attuazione della legge 8 marzo 2000, n. 53, in tema di conciliazione tra tempi di vita e di lavoro soprattutto nelle micro, piccole e medie imprese, così come definite dallo « *Small Business Act per l'Europa* », dove attualmente risulta essere molto difficile l'applicazione della normativa sui congedi parentali;

esprime:

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente condizione:

si preveda che gli interventi disposti dalla proposta di legge riguardino anche la formazione e lo sviluppo professionale degli immigrati regolarmente residenti in Italia affinché possa essere reso esigibile il loro diritto ad una reale integrazione all'interno della nostra società.

ALLEGATO 2

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Testo unificato C. 624-635-1141-1312-1738-1764-ter-1830-1968-ter-B, approvato dalla Camera e modificato dal Senato.

EMENDAMENTO

ART. 2.

Al comma 1, lettera f), sostituire le parole: « delle équipe specialistiche di cure palliative » con le seguenti: « delle équipe interdisciplinari con un'ampia specializzazione in materia ».

2. 1. Zeller e Brugger.

ALLEGATO 3

**Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche.
Testo unificato C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo,
C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni, C. 1942 Mura, C. 2146
Minardo, C. 2355 Di Pietro, C. 2529 Scandroglio e C. 2693 Zazzera.**

**NUOVO TESTO UNIFICATO ADOTTATO
COME NUOVO TESTO BASE**

ART. 1.

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

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

2. Il governo delle attività cliniche delle aziende sanitarie locali od ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico, delle strutture sanitarie di cui all'articolo 4, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché delle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è attuato con la partecipazione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge. 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 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, salvaguardando il miglioramento

continuo della qualità e nel rispetto dei principi di equità e di universalità nell'accesso ai servizi.

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

ART. 2.

(Funzioni del Collegio di direzione).

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

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

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

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

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

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

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

« 1. Il Collegio di direzione concorre alla pianificazione strategica delle attività e degli sviluppi gestionali e organizzativi. La regione definisce le competenze del Collegio di direzione in ordine alla definizione di linee guida per l'attività diagnostico-terapeutica, all'individuazione di indicatori di risultato e di efficienza e dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione socio-sanitaria e sanitaria. La regione disciplina, altresì, i poteri del Collegio di direzione in relazione all'atto aziendale, ai programmi di ricerca e di formazione, agli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale e al piano aziendale di formazione del personale medico e sanitario, sui quali lo stesso Collegio esprime comunque un parere obbligatorio.

2. La regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e del direttore amministrativo e, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, del direttore scientifico, nonché la partecipazione di due rappresentanti elettivi delle unità operative, di un rappresentante elettivo dei direttori di dipartimento e di un rappresentante elettivo delle professioni sanitarie. La regione può prevedere che tale composizione sia integrata con rappresentanti di altre figure professionali presenti nell'azienda. Nelle aziende miste è assicurata la rappresentanza della componente ospedaliera e di quella universitaria. ».

ART. 3.

(Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali).

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

modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

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

b) il comma 3 è sostituito dal seguente:

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

a) diploma di laurea;

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

c) dopo il comma 3 sono inseriti i seguenti:

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

3-ter. I requisiti e i *curricula* di cui ai commi 3 e 3-bis sono valutati da una commissione nominata da ogni regione »;

d) il primo periodo del comma 5 è sostituito dai seguenti: « Le regioni determinano preventivamente i criteri e i sistemi di valutazione e di verifica dell'attività dei direttori generali e del raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro

della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia e alla funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati dal direttore generale con la regione competente. Gli strumenti determinati dalle regioni ai sensi del periodo precedente devono essere coerenti con le linee guida adottate in materia dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministero della salute, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS). »;

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

f) al comma 8, il terzo periodo è sostituito dai seguenti: « Il trattamento economico del direttore generale è stabilito dalla regione nel limite del trattamento economico massimo complessivo, esclusa la retribuzione di risultato, previsto dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica, incrementato del 20 per cento. Il suddetto trattamento economico può essere integrato di un'ulteriore quota, fino al 30 per cento dello stesso, previa valutazione da parte della regione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi relativi all'assistenza sanitaria e al funzionamento dei servizi assegnati annualmente. Il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito dalla regione entro il limite dell'85 per cento di quello spettante al direttore generale, ivi compresa la quota del 20 per cento, previa valutazione da parte del direttore generale della realizzazione degli obiettivi assegnati annualmente. Le regioni aggiornano i trattamenti economici definiti ai sensi del presente

comma con le stesse decorrenze stabilite per i contratti nazionali di lavoro della dirigenza medica ».

ART. 4.

(Dirigenti ingegneri del dipartimento di prevenzione).

1. All'articolo 7-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 5 è aggiunto il seguente:

« 5-*bis*. I dirigenti ingegneri del dipartimento di prevenzione che esercitano direttamente, continuativamente ed esclusivamente funzioni e prestazioni relative alla tutela della salute e della sicurezza comprese nei livelli essenziali di assistenza o nei nomenclatori sanitari regionali, sono inquadrati nel ruolo sanitario e sono parificati nei contratti collettivi nazionali di lavoro ai medici veterinari di pari posizione funzionale ».

2. Ai fini economici, l'inquadramento di cui al comma 5-*bis* dell'articolo 7-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dal comma 1 del presente articolo, opera a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge e al personale di cui al citato comma 5-*bis* è riconosciuta ai fini giuridici l'anzianità effettivamente prestata nell'esercizio delle relative funzioni.

ART. 5.

(Modifiche all'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di incarichi di natura professionale e di direzione di struttura).

1. Nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, all'articolo 15-*ter* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e

successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 è sostituito dal seguente:

« 1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, compatibilmente con le risorse finanziarie a tale fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale. I compiti professionali e le funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettive, di verifica e di controllo sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del direttore dell'unità operativa complessa di afferenza, sentito il comitato di dipartimento, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale e aziendale e tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5. Gli incarichi di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del direttore di struttura complessa di afferenza, sentito il comitato di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Gli incarichi di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di un dipartimento, sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del comitato di dipartimento, previo parere favorevole del Collegio di direzione e del direttore sanitario, secondo modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale. Negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il direttore scientifico, per le parti di propria competenza, è responsabile delle proposte da sottoporre al collegio di direzione per l'approvazione, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e dalle leggi regionali in materia. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo. Sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata,

salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico »;

b) il comma 2 è sostituito dai seguenti:

« 2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale previo avviso da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale*, almeno tre mesi prima che il posto si renda vacante, che riporta i requisiti curricolari e le competenze professionali richiesti in relazione alle attività da garantire, con la definizione articolata delle funzioni da svolgere e degli obiettivi da raggiungere. A tal fine, il direttore generale nomina una commissione di tre membri presieduta dal direttore sanitario e composta da due dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, dipendenti del Servizio sanitario nazionale, individuati attraverso pubblico sorteggio nell'ambito di un elenco regionale redatto e curato dai soggetti indicati da apposita disciplina regionale. Il sorteggio viene effettuato successivamente alla data di scadenza fissata per la presentazione delle domande. Della data, della sede e dell'ora delle operazioni di sorteggio viene data comunicazione ai candidati ammessi con un preavviso di almeno dieci giorni. La commissione formula un giudizio motivato su ciascun candidato, tenendo conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti, nonché dei risultati di eventuali prove di esame. La commissione, sulla base delle valutazioni effettuate, presenta al direttore generale una terna di candidati all'interno della quale il direttore generale nomina, con provvedimento motivato, il vincitore. I titoli dei singoli candidati, i giudizi e la graduatoria sono pubblicizzati sul sito istituzionale dell'azienda.

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

2-ter. Per le finalità di cui al presente articolo non possono essere utilizzati i

contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-*septies*. »;

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

ART. 6.

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

1. Gli strumenti per la valutazione dei dirigenti medici con incarico di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento sono definiti dalle regioni. Essi devono rilevare la quantità di prestazioni sanitarie erogate in riferimento agli obiettivi assistenziali concordati con il direttore generale e prevedere la valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi. Tra gli strumenti di valutazione dei dirigenti medici con incarico di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento sono inseriti anche indici di soddisfazione degli utenti. Gli strumenti di valutazione devono essere inseriti anche nel contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medica e sanitaria e coerenti con specifiche linee guida, proposte dal Ministro della salute, adottate con atto di indirizzo del Comitato di settore per il comparto della sanità e approvate con decreto del presidente del Consiglio dei ministri, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

ART. 7.

(Dipartimenti).

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

« ART. 17-*bis*. – *(Dipartimenti)*. 1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

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

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

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

ART. 8.

(Responsabilità dei direttori di dipartimento).

1. Al titolo V del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è aggiunto, infine, il seguente articolo:

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

generale nell'ambito della programmazione aziendale. Le regioni disciplinano la composizione del Comitato di dipartimento e le modalità secondo cui esso partecipa alla programmazione, alla realizzazione, al monitoraggio e alla verifica delle attività dipartimentali.

2. Ai direttori di dipartimento, nell'ambito delle rispettive competenze definite dalla normativa regionale, sono attribuite responsabilità di indirizzo e di valutazione delle attività clinico-assistenziali e tecnico-sanitarie finalizzate a garantire che ogni assistito abbia accesso ai servizi secondo i principi di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate, di appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, di efficacia delle prestazioni, di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini.

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

ART. 9.

(Limiti di età).

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

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

2. I professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assistenziali con il collocamento a riposo o fuori

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

3. Il quinto periodo del comma 11 dell'articolo 72 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente: « Le disposizioni di cui al presente comma non si applicano ai magistrati, ai professori universitari, ai dirigenti medici, veterinari e sanitari del Servizio sanitario nazionale e ai medici universitari convenzionati con il Servizio sanitario nazionale ».

ART. 10.

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

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

a) il dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale intrattiene con lo stesso un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il medesimo Servizio sanitario nazionale;

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

c) il dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale può svolgere l'attività libero-professionale nelle seguenti forme: con rapporto non esclusivo, di cui al comma 2, lettera *d)*; con rapporto esclusivo ed attività libero-professionale intramuraria; con rapporto esclusivo ed attività libero-professionale intramuraria in studi professionali (cd. allargata);

d) il dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale esercita il suo diritto allo svolgimento dell'attività libero-professionale in una delle forme di cui alla lettera *c)*;

e) il ruolo istituzionale del servizio svolto dall'azienda sanitaria locale od ospedaliera diretto ad assicurare l'accessibilità alle cure sanitarie necessarie a chiunque ne faccia richiesta è salvaguardato secondo i principi di universalità e di equità che regolano il Servizio sanitario nazionale.

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

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

b) la tariffa professionale per l'attività libero-professionale è definita, previo accordo-quadro aziendale con le organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria firmatarie del contratto collettivo nazio-

nale di lavoro, dal singolo dirigente, d'intesa con l'azienda sanitaria locale o ospedaliera;

c) è facoltà dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera non attivare, o attivare solo parzialmente, la libera professione intramuraria. In caso di attivazione, la stessa è gestita dall'azienda mediante un centro unico prenotazioni, con spazi e con liste separati e distinti tra attività istituzionale e attività libero-professionale, con pagamento delle prestazioni e con ripartizione dei proventi secondo modalità e termini fissati da linee guida regionali;

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

e) la regione, anche avvalendosi dell'Agenda nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), svolge attività di monitoraggio e di controllo sullo svolgimento della libera professione in termini di tempi e di prestazioni per garantire il rispetto dei principi di cui alla lettera *a)*;

f) ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo è attribuita un'indennità di esclusività nella misura prevista dai contratti collettivi di settore; tale indennità non è revocabile, se non in caso di opzione per il rapporto non esclusivo, e non è destinabile dalle aziende sanitarie locali o ospedaliere ad altre funzioni;

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

ART. 11.

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

1. Ai fini di un'efficace organizzazione dei servizi sanitari, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, gli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, operanti con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture sanitarie pubbliche, hanno diritto di esercitare attività libero-professionale, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio, purché non sussista un comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali.

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

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

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

c) è facoltà dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera non attivare, o attivare

solo parzialmente, la libera professione intramuraria. In caso di attivazione, la stessa è gestita dall'azienda mediante un centro unico di prenotazioni, con spazi e con liste separati e distinti tra attività istituzionale e attività libero-professionale, con pagamento delle prestazioni e con ripartizione dei proventi secondo modalità e termini fissati da linee guida regionali;

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

e) la regione, anche avvalendosi dell'Agenda nazionale per i servizi regionali (AGENAS), svolge attività di monitoraggio e di controllo sullo svolgimento della libera professione in termini di tempi e di prestazioni per garantire il rispetto dei principi di cui alla lettera *a*).

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

ART. 12.

(Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano prevedono, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospe-

daliere, le aziende ospedaliero-universitarie e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, anche attraverso forme di collaborazione interaziendale, la programmazione e la gestione delle tecnologie sanitarie al fine di garantire un uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici e in particolare delle grandi apparecchiature e dei relativi impianti, i quali devono essere sottoposti a procedure di accettazione, ivi compreso il collaudo, nonché di manutenzione preventiva e correttiva e a verifiche periodiche di sicurezza, di funzionalità e di qualità. La programmazione e la gestione di cui al periodo precedente costituiscono la base per la formazione del personale nell'uso delle tecnologie sanitarie nonché per l'eventuale acquisizione di nuove tecnologie.

ART. 13.

(Norma finale).

1. Le disposizioni di cui alla presente legge si applicano anche alle strutture sanitarie di cui all'articolo 4, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché alle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e agli IRCCS di diritto pubblico.

ART. 14.

(Abrogazioni).

1. Sono abrogati gli articoli 15-quater e 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.