

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

DELIBERAZIONE DI RILIEVI SU ATTI DEL GOVERNO:

Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario. Atto n. 317 (Rilievi alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale) (*Rinvio del seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 4, del regolamento*) 145

SEDE REFERENTE:

Disposizioni concernenti l'impiego delle persone anziane da parte delle amministrazioni locali per lo svolgimento di lavori di utilità sociale. C. 2549 Reguzzoni, C. 2753 Fucci, C. 4046 Binetti e C. 4090 Pedoto (*Seguito dell'esame e rinvio*) 145

Modifica all'articolo 18 del decreto del Presidente della Repubblica n. 128/1969, in materia di competenze professionali nei servizi ospedalieri di anestesia e rianimazione. C. 797 Angela Napoli (*Seguito dell'esame e rinvio*) 145

ALLEGATO 1 (*Emendamento approvato*) 152

Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare. Testo unificato C. 2024 Livia Turco, C. 3381 Barani e C. 3463 Dal Lago (*Seguito dell'esame e rinvio*) 146

Disposizioni in materia di donazione del corpo *post mortem* a fini di studio e di ricerca scientifica. C. 746 Grassi, C. 2690 Brigandì e C. 3491 Miglioli (*Seguito dell'esame e rinvio*) ... 147

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale. C. 278-799-977-ter-1552-1942-2146-2355-2529-2693-2909/A (*Esame e rinvio*) 147

ALLEGATO 2 (*Proposta di nuovo testo unificato delle proposte di legge C. 278-799-977-ter-1552-1942-2146-2355-2529-2693-2909/A elaborata dal relatore*) 153

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Cicciolelli, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri (*Rinvio del seguito dell'esame*) 151

COMITATO RISTRETTO:

Istituzione di speciali unità di accoglienza permanente per l'assistenza dei pazienti cerebrolesi cronici. C. 412 Di Virgilio e C. 1992 Binetti 151

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI 151

DELIBERAZIONE DI RILIEVI SU ATTI DEL GOVERNO

Mercoledì 16 marzo 2011. — Presidenza
del vicepresidente Gero GRASSI. — Inter-

viene il sottosegretario di Stato per la salute
Francesca Martini.

La seduta comincia alle 14.30.

Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario.

Atto n. 317.

(Rilievi alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale).

(Rinvio del seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 96-ter, comma 4, del regolamento).

Gero GRASSI, *presidente*, non essendovi richieste di intervento, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta, ricordando, peraltro, che la Commissione ha convenuto di concludere l'esame del provvedimento in titolo nella giornata di mercoledì 23 marzo prossimo.

La seduta termina alle 14.35.

SEDE REFERENTE

Mercoledì 16 marzo 2011. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Intervengono il Ministro della salute Ferruccio Fazio e il sottosegretario di Stato per la salute Francesca Martini.

La seduta comincia alle 14.35.

Disposizioni concernenti l'impiego delle persone anziane da parte delle amministrazioni locali per lo svolgimento di lavori di utilità sociale.

C. 2549 Reguzzoni, C. 2753 Fucci, C. 4046 Binetti e C. 4090 Pedoto.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 3 marzo 2011.

Gero GRASSI, *presidente*, avverte che, in data 8 marzo 2011, è stata assegnata alla Commissione, in sede referente, la proposta di legge n. 4090 Pedoto: « Istituzione di un Piano nazionale per lo svi-

luppo di programmi di lavoro di utilità sociale per le persone anziane ». Poiché la suddetta proposta di legge verte su materia identica a quella delle proposte di legge in esame, la presidenza ne ha disposto l'abbinamento d'ufficio, ai sensi dell'articolo 77, comma 1, del regolamento.

Anna Margherita MIOTTO (PD) preannuncia la presentazione di un'ulteriore proposta di legge da parte del suo gruppo.

Laura MOLTENI (LNP), *relatore*, si riserva di illustrare congiuntamente le proposte di legge recentemente abbinata e quella in via di presentazione.

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

Modifica all'articolo 18 del decreto del Presidente della Repubblica n. 128/1969, in materia di competenze professionali nei servizi ospedalieri di anestesia e rianimazione.

C. 797 Angela Napoli.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta dell'8 febbraio 2011.

Carla CASTELLANI (PdL), *relatore*, illustra una nuova formulazione del suo emendamento 1.1, presentato nella seduta dell'8 febbraio scorso, auspicandone l'approvazione. Invita, quindi, il presentatore, anche alla luce di questa riformulazione, a ritirare il suo articolo aggiuntivo Pedoto 1.01.

Il ministro Ferruccio FAZIO esprime parere favorevole sulla nuova formulazione dell'emendamento 1.1 del relatore e parere contrario sull'articolo aggiuntivo Pedoto 1.01.

Domenico DI VIRGILIO (PdL) sottolinea la necessità di evitare che, in seguito all'approvazione della proposta di legge in

esame, la terapia antalgica diventi di competenza esclusiva degli anestesisti rianimatori, preannunciando che, se così fosse, il suo voto non potrebbe che essere contrario.

Luciana PEDOTO (PD) ritira il suo articolo aggiuntivo 1.01, riservandosi di ripresentarlo, eventualmente riformulato, nel corso dell'esame in Assemblea.

Il ministro Ferruccio FAZIO ringrazia la Commissione e, in particolare, il relatore per il proficuo lavoro svolto. Rileva, inoltre, che l'esame del provvedimento ha richiesto molto tempo perché il Ministero della salute ha ritenuto di consultare tutte le società scientifiche interessate, proprio al fine di ovviare alle preoccupazioni espresse dall'onorevole Di Virgilio, che intende quindi rassicurare.

Domenico DI VIRGILIO (PdL) si dichiara soddisfatto dei chiarimenti forniti dal ministro Fazio.

La Commissione approva l'emendamento 1.1 (*Nuova formulazione*) del relatore (*vedi allegato 1*).

Gero GRASSI, *presidente*, avverte che il testo risultante dall'emendamento approvato sarà trasmesso alle Commissioni competenti per l'espressione del prescritto parere.

Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare.

Testo unificato C. 2024 Livia Turco, C. 3381 Barani e C. 3463 Dal Lago.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 9 febbraio 2011.

Livia TURCO (PD), *relatore*, ricorda che la Commissione è in attesa di conoscere le valutazioni del Governo in ordine alla copertura finanziaria della proposta di legge in esame.

Il sottosegretario Francesca MARTINI, in seguito ai contatti intercorsi con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ribadisce, seppur con rammarico, la valutazione negativa del Governo sul provvedimento in esame, in considerazione sia delle minori risorse disponibili nel Fondo per la non autosufficienza sia della inopportunità di creare un doppio rispetto a tale Fondo e alle politiche da esso finanziate.

Lucio BARANI (PdL), nel sottolineare ancora una volta l'importanza della proposta di legge in esame, auspica che il ministro Sacconi intervenga quanto prima in Commissione, al fine di facilitare l'individuazione di una soluzione condivisa.

Il ministro Ferruccio FAZIO precisa che, pur essendo le finalità del provvedimento in esame certamente apprezzabili, quella rappresentata dal sottosegretario Martini è la posizione del Governo, non di un singolo dicastero.

Laura MOLTENI (LNP) ritiene che, alla luce della precisazione fornita dal ministro Fazio, sarebbe utile una pausa di riflessione al fine di approfondire la problematica emersa.

Anna Margherita MIOTTO (PD) osserva che il ministro Fazio ha fugato ogni dubbio circa la contrarietà del Governo all'ipotesi di copertura contenuta nell'emendamento 7.2 del relatore. Tale contrarietà, tuttavia, appare incomprensibile, specie alla luce delle importanti finalità che la proposta di legge in esame persegue. Invita, pertanto, il ministro Fazio a verificare che la posizione oggi rappresentata non sia frutto di incomprensioni. Preannuncia, peraltro, che ove il Governo insistesse su tale posizione, il suo gruppo si vedrebbe co-

stretto a investire della questione l'Assemblea.

Gero GRASSI, *presidente*, ritiene che quanto detto dal ministro Fazio lasci intravedere la sua disponibilità a farsi carico di promuovere un'ulteriore riflessione da parte del Governo sul provvedimento in esame.

Livia TURCO (PD), *relatore*, auspica che l'interpretazione proposta dal presidente Grassi corrisponda alle reali intenzioni del Governo, al quale desidera ricordare che il provvedimento in esame riveste un'importanza del tutto peculiare ed è ampiamente condiviso da parte dei gruppi di maggioranza e di opposizione.

Domenico DI VIRGILIO (PdL), nel ribadire la sua condivisione della proposta di legge in esame, auspica una pausa di riflessione sulle difficoltà di natura finanziaria evidenziate dal Governo, ricordando, in proposito, di aver presentato due proposte di legge in materia di giochi, che potrebbero forse risultare utili al fine di reperire le risorse necessarie.

Carmelo PORCU (PdL), premesso di concordare con il collega Di Virgilio, invita il Governo a tener conto dell'importanza del provvedimento in esame e dell'ampia condivisione che ne ha sin qui caratterizzato l'esame, ricordando come esso vada incontro alle esigenze e alle preoccupazioni delle famiglie che dedicano gran parte della loro vita ad assistere un familiare disabile. Ritiene, al riguardo, che l'intervento del ministro Fazio alla riunione odierna possa consentire di evitare quello scollamento che troppe volte caratterizza i rapporti tra l'attività parlamentare e quella del Governo e invita, pertanto, il ministro a rappresentare ai colleghi di Governo l'urgenza di approvare in tempi rapidi la proposta di legge in argomento.

Il ministro Ferruccio FAZIO, nell'esprimere il proprio apprezzamento per il lavoro sin qui svolto dalla Commissione e,

in particolare, per gli sforzi del relatore nell'individuazione di un'adeguata copertura finanziaria, si impegna a promuovere la ricerca di una soluzione positiva attraverso il confronto con gli altri membri del Governo e, in particolare, con il ministro Sacconi. Chiede, pertanto, un rinvio di due settimane del seguito dell'esame.

Anna Margherita MIOTTO (PD) invita il ministro Fazio a considerare l'opportunità di utilizzare, per la copertura finanziaria del provvedimento in esame, le risorse che si renderebbero disponibili se fosse approvata la mozione presentata dalle opposizioni sul cosiddetto *election day*.

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

Disposizioni in materia di donazione del corpo *post mortem* a fini di studio e di ricerca scientifica.
C. 746 Grassi, C. 2690 Brigandì e C. 3491 Miglioli.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato nella seduta del 3 marzo 2011.

Luciana PEDOTO (PD) preannuncia la presentazione di alcune richieste di audizioni sul provvedimento in esame.

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

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale.
C. 278-799-977-ter-1552-1942-2146-2355-2529-2693-2909/A.

(Esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Gero GRASSI, *presidente*, ricorda che l'Assemblea, nella seduta del 10 giugno 2010, ha deliberato il rinvio dell'esame in Commissione e che da quella data la Commissione non si è riunita per esaminare il provvedimento.

Comunica, quindi, che il relatore ha elaborato una proposta di testo unificato, che illustrerà alla Commissione, ai fini della sua adozione come testo base (*vedi allegato 2*).

Domenico DI VIRGILIO (Pdl), *relatore*, illustra una nuova proposta di testo unificato delle proposte di legge in esame, nel quale vengono introdotti principi fondamentali volti a correggere alcune eclatanti deficienze che sono alla base di disfunzioni del Servizio sanitario nazionale, al fine di migliorare la funzionalità delle aziende sanitarie, attraverso un potenziamento del ruolo del medico nelle scelte strategiche e gestionali delle Aziende sanitarie regionali nonché attraverso la previsione di una maggiore trasparenza ed equità nel sistema di valutazione e selezione delle risorse umane. Infatti, la tutela della salute e le professioni rientrano tra le materie riconducibili alla competenza legislativa concorrente, di cui all'articolo 117, comma 3, della Costituzione, nelle quali è sancito il compito dello Stato: cioè dettare i principi fondamentali mentre spetta alle regioni l'adozione della normativa di dettaglio. Il testo, in particolare, reca, all'articolo 1, i principi fondamentali del governo delle attività cliniche, disciplinato dalle regioni. Esso interessa le aziende sanitarie locali od ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico, le aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (cioè le aziende ospedaliero-universitarie).

Osserva, poi, che 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, assicurando il miglioramento conti-

nuo della qualità delle prestazioni (secondo i criteri di sicurezza, prevenzione, gestione dei rischi, tutela della riservatezza, corretta ed esaustiva informazione del paziente come sancito dalla Carta europea dei diritti del malato, presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002) e nel rispetto dei principi di equità e di universalità nell'accesso ai servizi (commi 3 e 4). Al comma 3 viene altresì previsto il coinvolgimento dei comuni.

All'articolo 2, comma 1, si prevede l'istituzione del Collegio di direzione come organo dell'azienda che affianca il direttore generale e il Collegio sindacale (articolo 3, comma 1-*quater*, della legge n. 502 del 1992). Si individuano altresì le funzioni del Collegio di direzione, le cui competenze e composizione sono definite dalla regione nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Al fine di ripristinare la meritocrazia e la trasparenza ad ogni livello, anche attraverso un ridimensionamento della politica nelle scelte dei dirigenti in sanità, all'articolo 3 vengono individuati i requisiti indispensabili per l'accesso alle nomine e i criteri di valutazione dei direttori generali, adottando misure miranti a garantire criteri di pubblicità e trasparenza. Ad essi viene richiesta una competenza specifica valutata da una commissione nominata da ogni regione.

All'articolo 4 vengono previste modifiche dell'articolo 15-*ter* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e in particolare, al comma 1, si modificano le modalità di nomina dei responsabili di struttura semplice e di quella semplice dipartimentale, nel quadro e secondo le modalità definite dalla contrattazione collettiva nazionale. Uno dei requisiti richiesti per essere nominato dirigente è un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico (quello di struttura semplice dipartimentale è individuato dal direttore generale sentito il direttore sanitario; quello di struttura semplice, che costituisce un'articolazione interna di una struttura com-

plexa, è individuato dal direttore generale, sentiti il direttore di struttura complessa di afferenza); al comma 2, si modificano le modalità di nomina del responsabile di struttura complessa, introducendo una disciplina ben diversa dalla attuale: la commissione viene sorteggiata e fornisce al direttore generale una terna di candidati; i tre candidati saranno valutati sulla base dei titoli professionali, scientifici e di carriera e dei risultati di eventuali prove d'esame. Ecco che si rivaluta la meritocrazia e, in particolare, si vuole rivalutare il ruolo del medico in tutte le fasi delle attività cliniche e prestare una maggiore attenzione ai criteri di nomina del direttore generale. Naturalmente, i suddetti incarichi sono attribuiti nei limiti delle risorse finanziarie disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale.

All'articolo 5 vengono previsti gli strumenti, definiti dalle regioni, per la valutazione dei dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e di direttore di dipartimento.

All'articolo 6 si modifica l'articolo 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di organizzazione dipartimentale, che rappresenta la modalità di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; mediante tali modifiche, si stabilisce che 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, proposta dal Comitato di dipartimento.

L'articolo 7 modifica l'articolo 17-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di responsabilità dei direttori di dipartimento sul piano sia gestionale sia organizzativo. Scopo principale è quello di ottimizzare l'uso delle risorse assegnate, l'appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, l'efficacia delle prestazioni, nonché di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di insoddisfazione dei cittadini, oltre che, naturalmente, di ottimizzare l'occupazione dei posti letto.

L'articolo 8 dispone in merito al limite di età per il collocamento a riposo e per la cessazione dalle ordinarie attività assistenziali dei dirigenti medici del ruolo sanitario, superando l'attuale disomogeneità tra medici e sanitari operanti nel Servizio sanitario nazionale e medici operanti nelle università. Occorre qui, preliminarmente, fare alcune considerazioni. La durata media della vita si è notevolmente allungata. L'Europa e l'attuale quadro economico ci chiedono di procrastinare l'età del pensionamento. Da parte di qualcuno si obietta che il prolungamento dell'età lavorativa potrebbe svantaggiare i giovani, che certo attualmente sono già molto penalizzati nel mondo del lavoro. Ma come segnalava tre giorni fa il Governatore Draghi, l'esperienza dei paesi nordici ci dimostra come siano pienamente compatibili una elevata età pensionabile e un'elevata occupazione dei giovani: in Svezia a lavorare, fra i 55 e i 65 anni di età, è il 67 per cento delle donne (in Italia solo il 25 per cento, 41 punti percentuali in meno!), ma ad essere occupati fra i 25 e i 35 anni di età sono l'81 per cento dei giovani (in Italia solo il 68 per cento). La soluzione di una più elevata occupazione tanto per i giovani quanto per gli anziani va, quindi, ricercata con strumenti diversi da quello dell'anticipato pensionamento. Un giovane, con le norme vigenti, per operare nel Servizio sanitario nazionale deve essere in possesso anche della specializzazione, per cui mai e poi mai potrebbe pensare di raggiungere i 40 anni di servizio, se non riscattando gli anni di laurea e gli anni di specializzazione, con un notevole esborso economico.

Ecco, allora, che il comma 1 dell'articolo 8 si propone di modificare l'articolo 15-nonies del decreto legislativo n. 502 del 1992, disponendo che il settantesimo anno di età è il limite massimo per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, compresi i direttori di struttura complessa.

Al comma 2 dell'articolo 8 si modifica il decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, inserendo tra le categorie a cui non si

applicano le disposizioni previste nel decreto stesso i dirigenti medici, veterinari e sanitari del Servizio sanitario nazionale e i medici universitari convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.

Fa presente, poi, che all'articolo 9 sono previste norme sull'attività libero-professionale dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, che viene disciplinata dalle regioni nel rispetto di alcuni principi fondamentali: unicità del rapporto di lavoro e incompatibilità con rapporti di dipendenza da ogni altro ente pubblico o privato; l'attività libero-professionale deve essere espletata 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; l'attività libero-professionale può essere espletata con le seguenti modalità: rapporto di lavoro non esclusivo; rapporto esclusivo e attività libero-professionale intramuraria; rapporto esclusivo e attività libero-professionale intramuraria in studi professionali (cosiddetta « intramuraria allargata »).

Le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale sono disciplinate dalle regioni nel rispetto dei seguenti principi: per ciascun dipendente, la quantità di prestazioni dell'attività libero-professionale non deve superare quella assicurata per l'impegno istituzionale, non deve prevedere un impegno orario superiore al 50 per cento di quello previsto nel servizio presso l'azienda sanitaria locale e deve, inoltre, concorrere alla riduzione progressiva delle liste d'attesa; le tariffe per le prestazioni in attività libero-professionale sono stabilite previo accordo con le organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria d'intesa con l'azienda sanitaria locale, in modo tale da coprire tutti i costi diretti ed indiretti dell'attività medesima; è facoltà dell'azienda sanitaria locale non attivare o attivare parzialmente la libera professione intramuraria e questa, quando è attivata, deve essere gestita dall'azienda sanitaria locale mediante un centro unico di prenotazione con spazi e liste separati tra attività istituzionale e attività libero-

professionale, secondo linee guida regionali; nessun onere deve essere previsto per l'azienda sanitaria locale nell'esercizio dell'attività libero-professionale svolta all'esterno delle strutture aziendali; l'attività di monitoraggio e controllo sul corretto esercizio dell'attività libero-professionale è svolta dalle regioni anche attraverso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e, in caso di violazioni, esse determinano le relative sanzioni; i risultati dell'attività di controllo sono inviati trimestralmente dalle regioni al Ministero della salute, che può fissare un termine entro il quale la regione dovrà adempiere e adottare, qualora l'inadempimento perduri, opportuni provvedimenti sostitutivi; ai dirigenti in regime di rapporto di lavoro esclusivo spetta una indennità di esclusività nei limiti delle risorse destinate alla contrattazione collettiva; il direttore generale stabilisce le modalità di svolgimento dell'attività libero-professionale, durante la quale, comunque, non si può utilizzare il ricettario del Servizio sanitario nazionale.

Rileva, quindi, che all'articolo 10 viene disciplinata la libera professione degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 1° agosto 2000, n. 251, gestita dalle aziende sanitarie locali e disciplinata dalle regioni secondo i seguenti principi fondamentali: per ciascun dipendente, la quantità di prestazioni in attività libero-professionale non deve superare quella assicurata per l'impegno istituzionale, non deve prevedere un impegno orario superiore al 50 per cento di quello previsto per il servizio presso l'azienda sanitaria locale e deve concorrere alla riduzione progressiva delle liste d'attesa; la tariffa per le prestazioni in attività libero-professionale è stabilita previo accordo aziendale con le organizzazioni sindacali, d'intesa con l'azienda sanitaria locale; i redditi derivanti dall'attività libero professionale sono assimilati a quelli di lavoro dipendente; un centro unico di prenotazione gestisce l'attività e il pagamento delle prestazioni, prevedendo spazi e liste separati tra attività istituzionale e attività libero-professionale, se-

condo linee guida regionali; nessun onere deve essere sostenuto dall'azienda sanitaria locale nell'esercizio dell'attività libero-professionale svolta all'esterno delle strutture aziendali; l'attività di monitoraggio e controllo sul corretto esercizio dell'attività libero-professionale è svolta dalle regioni, anche attraverso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

L'articolo 11 riguarda la programmazione e la gestione delle tecnologie sanitarie da parte delle regioni. Infine, l'articolo 12 sancisce che la legge si applica alle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (aziende ospedaliero-universitarie), e agli IRCCS di diritto pubblico.

Sottolinea, in conclusione, come si tratti di norme finalizzate a correggere storture ed inefficienze del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto del ruolo delle regioni, e a garantire il giusto riconoscimento del lavoro dei medici e degli altri operatori sanitari; norme che servono a privilegiare la meritocrazia al di là e al di sopra di ingiustificate ed artate polemiche mosse dall'opposizione che dovrebbe, come noi, auspicare e invocare correttivi, perché il Servizio sanitario nazionale risponda meglio alle giuste esigenze dei cittadini e di tutti gli operatori sanitari.

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

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica.
C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioi, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri.

(Rinvio del seguito dell'esame).

Carlo CICCIOI (PdL), *relatore*, chiede un ulteriore rinvio del seguito dell'esame, ai fini della predisposizione di una proposta di testo unificato, da adottare come testo base, che sia condivisa.

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

La seduta termina alle 15.25.

COMITATO RISTRETTO

Mercoledì 16 marzo 2011.

Istituzione di speciali unità di accoglienza permanente per l'assistenza dei pazienti cerebrolesici cronici.
C. 412 Di Virgilio e C. 1992 Binetti.

Il Comitato ristretto si è riunito dalle 15.25 alle 15.40.

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15.40 alle 15.45.

ALLEGATO 1

Modifica all'articolo 18 del decreto del Presidente della Repubblica n. 128/1969, in materia di competenze professionali nei servizi ospedalieri di anestesia e rianimazione. C. 797 Angela Napoli.

EMENDAMENTO APPROVATO

Al comma 1, capoverso, sostituire le parole da Negli ospedali dipendenti fino alla fine del comma, con le seguenti:

Nelle aziende sanitarie locali, negli ospedali costituiti in aziende ospedaliere e in aziende ospedaliero-universitarie, negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e nelle strutture sanitarie private accreditate, ai servizi di anestesia e rianimazione è attribuita la seguente denominazione: « unità operative di aneste-

sia, rianimazione, terapia intensiva, tecniche analgesiche e terapia iperbarica » e ai medici specialisti in tale disciplina è riconosciuta la competenza professionale in anestesia, rianimazione, terapia intensiva, tecniche analgesiche e terapia iperbarica, fermo restando quanto previsto dall'articolo 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38.

1. 1. *(Nuova formulazione).* Il Relatore.

ALLEGATO 2

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale.
C. 278-799-977-ter-1552-1942-2146-2355-2529-2693-2909/A.

PROPOSTA DI NUOVO TESTO UNIFICATO DELLE PROPOSTE DI LEGGE C. 278-799-977-ter-1552-1942-2146-2355-2529-2693-2909/A ELABORATA DAL RELATORE

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

ART. 1.

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

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

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

3. Il governo delle attività cliniche garantisce, nei limiti delle risorse finanziarie

disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali relativi all'assistenza al cittadino, assicurando il miglioramento continuo della qualità e nel rispetto dei principi di equità, 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. Le 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.

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

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

ART. 2.

(Funzioni del Collegio di direzione).

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

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

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

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

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

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

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

« 1. Il Collegio di direzione concorre al governo delle attività cliniche, alla pianificazione strategica delle attività e degli sviluppi gestionali e organizzativi dell'azienda. La regione, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, stabilisce le competenze del Collegio di direzione in ordine alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione socio-sanitaria e sanitaria, all'atto aziendale, ai programmi di ricerca e di formazione, agli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale, nonché al piano aziendale di formazione del personale medico e sanitario.

2. La regione disciplina la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e del direttore amministrativo e, negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, del direttore scientifico. La regione prevede l'integrazione della composizione del

Collegio di direzione con la partecipazione di rappresentanze delle figure professionali presenti nell'azienda. ».

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) i commi 1, 2 e 3 sono sostituiti dal seguente: « 1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati, entro il termine perentorio di 60 giorni dalla data di vacanza dell'ufficio scaduto il quale si applica l'articolo 2, comma 2-*octies*, sulla base di una procedura selettiva disciplinata dalle regioni nel rispetto dei seguenti principi:

a) pubblicità dell'attivazione delle procedure per la copertura dei posti vacanti;

b) trasparenza delle procedure e dei criteri adottati per la valutazione degli aspiranti;

c) possesso da parte degli aspiranti di un diploma di laurea e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, in ambito sanitario, svolta nei dieci anni precedenti l'attivazione delle procedure, nonché di ulteriori requisiti stabiliti dalle regioni.

b) il primo periodo del comma 5 è sostituito dal seguente: « 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, anche alla luce degli

elementi e dei dati forniti dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e al rispetto dei principi di cui al titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 »;

2. Il terzo periodo del comma 6 dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992 è abrogato.

ART. 4.

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

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

a) il comma 1 è sostituito dal seguente:

« 1. Le regioni, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, disciplinano le modalità per l'affidamento degli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, e per l'attribuzione dei compiti professionali e delle funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nel quadro e secondo le modalità definite dalla contrattazione collettiva nazionale. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal direttore generale, sentito il direttore della struttura complessa di afferenza, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, sentito il direttore sanitario, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il direttore scientifico, per le parti di propria

competenza, è responsabile delle proposte da sottoporre al direttore generale per l'approvazione, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e dalle leggi regionali vigenti in materia. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo. L'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico degli incarichi, sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale »;

b) il comma 2 è sostituito dai seguenti:

« 2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale previo avviso da pubblicare nei siti istituzionali della regione e nel Bollettino ufficiale della regione, che riporta i requisiti curricolari e le competenze professionali richiesti in relazione alle attività da garantire, con la definizione articolata delle funzioni da svolgere e degli obiettivi da raggiungere. A tal fine il direttore generale nomina una commissione di tre membri presieduta dal direttore sanitario e composta da due dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, dipendenti del Servizio sanitario nazionale, individuati attraverso pubblico sorteggio nell'ambito di un elenco regionale, redatto e curato dai soggetti indicati da apposita disciplina regionale. La commissione formula un giudizio motivato su ciascun candidato, tenendo conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti, nonché dei risultati di eventuali prove di esame. La commissione, sulla base delle valutazioni effettuate, presenta al direttore generale una terna di candidati all'interno della quale il direttore generale nomina, con provvedimento motivato, il vincitore. L'azienda assicura adeguate forme di pubblicità alla procedura seguita.

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

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

c) al comma 4 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Al dirigente responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa o come articolazione interna di un dipartimento, sono attribuite le risorse umane e strumentali necessarie per l'espletamento delle funzioni di direzione e di organizzazione della struttura ».

d) dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:

« 4-bis. Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono attribuiti nei limiti delle risorse finanziarie disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis ».

ART. 5.

(Valutazione dei dirigenti medici e sanitari).

1. I dirigenti medici sono sottoposti a valutazione secondo le modalità definite dalle regioni, nel rispetto dei principi del titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, sulla base di linee guida, approvate tramite intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, su proposta del Ministro della salute. 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 assegnati e prevedono la valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse, nonché indici di soddisfazione degli utenti.

ART. 6.

(Dipartimenti).

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

« ART. 17-bis. – *(Dipartimenti).* – 1. L'organizzazione dipartimentale è il 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 dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel 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 legge le regioni disciplinano le modalità secondo le quali le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono alla rispettiva organizzazione in dipartimenti ».

ART. 7.

(Responsabilità dei direttori di dipartimento).

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

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

generale nell'ambito della programmazione aziendale.

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

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

ART. 8.

(Limiti di età).

1. I commi 1 e 2 dell'articolo 15-nonies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituiti dai seguenti:

« 1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del settantesimo anno di età ».

2. Il quarto periodo del comma 11 dell'articolo 72 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente: « Le disposizioni di cui al presente comma non si applicano ai 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. 9.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

l'azienda stessa. Tale attività è consentita presso studi professionali privati, anche in forma associata tra più sanitari dipendenti del Servizio sanitario nazionale, oppure presso strutture private non convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale;

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

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

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

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

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

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

ART. 10.

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

1. Ai fini di un'efficace organizzazione dei servizi sanitari, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, le aziende sanitarie locali od ospedaliere del Servizio sanitario nazionale possono attivare l'attività libero-professionale per gli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, aventi rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture sanitarie pubbliche; detti operatori esercitano l'attività libero-professionale, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio, purché non sussista un comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali.

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

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

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

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

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

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

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

ART. 11.

(Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, anche attraverso forme di collaborazione interaziendale, alla programmazione e alla ge-

stione delle tecnologie sanitarie delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli IRCCS di diritto pubblico, al fine di garantire un uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici e in particolare delle grandi apparecchiature e dei relativi impianti, i quali devono essere sottoposti a procedure di accettazione, ivi compreso il collaudo, nonché di manutenzione preventiva e correttiva e a verifiche periodiche di sicurezza, di funzionalità e di qualità. La programmazione e la gestione di cui al periodo precedente costituiscono la base per la formazione del personale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'uso delle tecnologie sanitarie nonché per l'eventuale acquisizione di nuove tecnologie.

ART. 12.

(Norma finale).

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