

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Rendiconto generale dell'Amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 2008. C. 2632 Governo, approvato dal Senato.

Disposizioni per l'assestamento del bilancio dello Stato e dei bilanci delle amministrazioni autonome per l'anno finanziario 2009. C. 2633 Governo, approvato dal Senato.

Tabella n. 2: Stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze (limitatamente alle parti di competenza).

Tabella n. 4: Stato di previsione del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (limitatamente alle parti di competenza) (Relazione alla V Commissione) (*Seguito dell'esame congiunto, ai sensi dell'articolo 119, comma 8, del regolamento e conclusione – Relazioni favorevoli*) 177

COMITATO RISTRETTO:

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di governo delle attività cliniche. C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni e C. 1942 Mura 178

SEDE REFERENTE:

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di governo delle attività cliniche. C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni e C. 1942 Mura (*Seguito dell'esame e rinvio – Adozione del testo base*) 178

ALLEGATO (*Testo unificato elaborato dal comitato ristretto adottato come testo base*) 184

Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento. C. 2350, approvata in un testo unificato dal Senato, C. 625 Binetti, C. 784 Rossa, C. 1280 Farina Coscioni, C. 1597 Binetti, C. 1606 Pollastrini, C. 1764-bis, C. 1840 Della Vedova, C. 1876 Aniello Formisano, C. 1968-bis Saltamartini, C. 2038 Buttiglione e C. 2124 Di Virgilio (*Seguito dell'esame e rinvio*) 179

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI 183

AVVERTENZA 183

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 29 luglio 2009. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO.

La seduta comincia alle 14.15.

Rendiconto generale dell'Amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 2008. C. 2632 Governo, approvato dal Senato.

Disposizioni per l'assestamento del bilancio dello Stato e dei bilanci delle amministrazioni autonome per l'anno finanziario 2009. C. 2633 Governo, approvato dal Senato.

Tabella n. 2: Stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze (limitatamente alle parti di competenza).

Tabella n. 4: Stato di previsione del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (limitatamente alle parti di competenza).

(Relazione alla V Commissione).

(Seguito dell'esame congiunto, ai sensi dell'articolo 119, comma 8, del regolamento e conclusione. — Relazioni favorevoli).

La Commissione prosegue l'esame congiunto dei provvedimenti in oggetto, rinviato nella seduta del 28 luglio 2009.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che non sono stati presentati emendamenti al disegno di legge sull'assestamento del bilancio dello Stato.

Lucio BARANI (PdL), *relatore*, propone di riferire favorevolmente sul disegno di legge n. 2632 del Governo, recante rendiconto generale dell'Amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 2008, nonché sul disegno di legge n. 2633, recante disposizioni per l'assestamento del bilancio dello Stato e dei bilanci delle amministrazioni autonome per l'anno finanziario 2009, con riferimento alle parti di competenza della Commissione.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di relazione favorevole sul disegno di legge n. 2632, recante rendiconto generale dell'Amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 2008. Approva, altresì, con distinte votazioni, la proposta di relazione favorevole sul disegno di legge n. 2633, recante assestamento del bilancio dello Stato e dei bilanci delle amministrazioni autonome per l'anno finanziario 2009, con riferimento, rispettivamente, alla Tabella n. 2: Stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno finanziario 2008 (limitatamente alle parti di competenza) e alla Tabella n. 4: Stato di previsione del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (limitatamente alle parti di competenza). Delibera, infine, di nominare il deputato Barani quale relatore presso la V Commissione.

La seduta termina alle 14.20.

COMITATO RISTRETTO

Mercoledì 29 luglio 2009.

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di governo delle attività cliniche.

C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni e C. 1942 Mura.

Il Comitato ristretto si è riunito dalle 14.20 alle 14.25.

SEDE REFERENTE

Mercoledì 29 luglio 2009. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali Eugenia Maria Roccella.

La seduta comincia alle 14.25.

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di governo delle attività cliniche.

C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni e C. 1942 Mura.

(Seguito dell'esame e rinvio — Adozione del testo base).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta 3 dicembre 2008.

Domenico DI VIRGILIO (PdL), *relatore*, illustra la proposta di testo unificato elaborata dal Comitato ristretto, che propone sia adottata come testo base per il prosieguo dell'esame (*vedi allegato*).

Livia TURCO (PD) esprime apprezzamento per il parziale accoglimento, nella proposta di testo unificato elaborata dal Comitato ristretto, di alcuni elementi delle

proposte di legge presentate da deputati dell'opposizione e, in particolare, della sua proposta di legge n. 977-ter. Manifesta, invece, un forte dissenso sulle disposizioni in materia di attività libero-professionale dei medici, il cui inserimento fa sì che tale testo non possa essere considerato frutto di un lavoro unitario.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione delibera di adottare come testo base per il seguito dell'esame il testo unificato elaborato dal Comitato ristretto.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, propone di fissare il termine per la presentazione degli emendamenti alle ore 15 di martedì 22 settembre 2009.

La Commissione concorda.

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

Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento.

C. 2350, approvata in un testo unificato dal Senato, C. 625 Binetti, C. 784 Rossa, C. 1280 Farina Coscioni, C. 1597 Binetti, C. 1606 Pollastrini, C. 1764-bis, C. 1840 Della Vedova, C. 1876 Aniello Formisano, C. 1968-bis Saltamartini, C. 2038 Buttiglione e C. 2124 Di Virgilio.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 28 luglio 2009.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che è stato richiesto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sia assicurata anche attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, dispone l'attivazione del circuito.

Melania DE NICHILLO RIZZOLI (PdL) ricorda che il provvedimento in esame e,

in particolare, il testo trasmesso dal Senato è nato sull'onda emotiva sollevata dalla vicenda di Eluana Englaro, che, come è noto, ha visto la magistratura autorizzare l'interruzione del sostegno vitale a un paziente clinicamente vivo. Osserva, infatti, che lo stato vegetativo persistente non deve essere confuso con la morte cerebrale, sebbene entrambi siano caratterizzati dall'assenza di coscienza. Rileva, quindi, che i pazienti in stato vegetativo persistente sono un prodotto del progresso della scienza medica, che, il più delle volte, si concretizza nell'intervento di un medico rianimatore in pazienti acuti vittime di gravissimi eventi traumatici. In tali casi, per un medico non è possibile prevedere se il paziente potrà riprendere coscienza o, come spesso avviene, permarrà in stato vegetativo, anche per molti anni. Tale situazione, dunque, è radicalmente diversa da quella in cui versano i malati terminali, nei quali è invece riscontrabile una patologia, spesso di carattere neurodegenerativo o oncologico, che è destinata a provocarne il decesso in tempi brevi. Anche in questo caso, significativamente i medici non interrompono la nutrizione e l'idratazione artificiali, mentre si astengono dal sottoporre i malati terminali a trattamenti medici inutili o addirittura dannosi.

Benedetto DELLA VEDOVA (PdL) ricorda che un Paese per tanti versi molto simile al nostro, come la Germania, ha recentemente adottato una legge in materia di testamento biologico, a seguito di una vicenda abbastanza simile a quella di Eluana Englaro, che ha originato un'importante sentenza della Corte suprema federale, di cui cita alcuni passi. Tale legge è stata approvata da una maggioranza diversa dalla maggioranza di Governo, che ha incluso la SPD, i Verdi e i Liberali, ma anche la proposta iniziale dei Democristiani tedeschi prevedeva che la volontà, espressa o presunta, fosse vincolante anche dopo l'eventuale perdita di coscienza del soggetto. Nel caso in cui il medico e il curatore del paziente non siano d'accordo su quale fosse la volontà dell'individuo

non cosciente, si prevede che la decisione spetti ai giudici. Cita, quindi, un documento della Conferenza episcopale tedesca, in cui si distingue tra l'eutanasia attiva, che viene fermamente condannata, e l'eutanasia passiva, intesa come lasciar morire. Ricorda, altresì, la lettera pontificale di Paolo VI ai medici cattolici del 1970, in cui si parla espressamente di vita non più pienamente umana.

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCCELLA fa osservare all'onorevole Della Vedova che la lettera cui ha fatto riferimento reca la firma del cardinale Villiot e non di Paolo VI.

Domenico DI VIRGILIO (PdL), *relatore*, ricorda, per avervi assistito personalmente, che, in effetti, la lettera era firmata dal cardinale Villiot, ma, nel corso dell'udienza dei medici cattolici, Paolo VI pronunciò effettivamente le parole ricordate dal collega Della Vedova. Tali parole, tuttavia, si riferiscono all'accanimento terapeutico, che deve sempre essere evitato.

Benedetto DELLA VEDOVA (PdL), dopo aver ringraziato il relatore per la precisazione, ricorda che per la letteratura giuridica e la giurisprudenza tedesche, ogni intervento medico implica una forma di lesione della persona che ne rende obbligatorio il consenso. Osserva quindi, anche sulla base della propria esperienza a sostegno di persone con disabilità, che quanto affermato dal collega Porcu circa una presunta svalutazione del valore della vita, nelle sue forme più fragili, all'interno delle società contemporanee, non appare del tutto convincente. Al riguardo, osserva altresì che il riferimento alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, contenuto all'articolo 3, comma 5, del testo trasmesso dal Senato, appare capzioso e strumentale, dal momento che le fattispecie contemplate in tale Convenzione appaiono radicalmente diverse da quelle su cui vertono le proposte di legge in esame. Ritiene, inoltre, che quanto affermato dal sottosegretario Roccella in un recente intervento sulla

stampa, circa la necessità di evitare che siano definiti *standard* oggettivi della vita degna di essere vissuta, non sia molto attinente alla problematica in discussione, che ruota, invece, intorno al problema della libertà delle persone. Naturalmente, la proposta di legge dei Democristiani tedeschi non ignora il rischio di abusi, ma si fonda, a suo avviso correttamente, sull'assunto che tale rischio non possa essere preso a metro di giudizio delle limitazioni della libertà di ognuno, ivi compresa la libertà di rifiutare trattamenti medici. Si tratta, a suo dire, di sviluppare e aggiornare, alla luce dei progressi scientifici, il disposto costituzionale in materia di consenso informato ai trattamenti sanitari, ricordando come, secondo la Corte costituzionale, i trattamenti sanitari obbligatori per legge non possano essere imposti nell'interesse esclusivo della persona che li subisce, ma debbano fondarsi su un preminente interesse della collettività. Ricorda, quindi, che la sua proposta di legge n. 1840 riproduce il testo licenziato dalla 12^o Commissione del Senato nella XIV legislatura, perché, a suo avviso, esso esprimeva maggiore equilibrio e era oggetto di più ampia condivisione. Ritiene che, invece, il testo recentemente trasmesso dal Senato sia fortemente divisivo e presenti profili di palese incostituzionalità. Invita, quindi, i colleghi a non soffermarsi esclusivamente sulla qualificazione dell'idratazione e della nutrizione artificiali come trattamenti sanitari, osservando che, se tali non fossero, non vi sarebbe il diritto di rifiutarli neanche per il soggetto cosciente. Ricorda, altresì, che un sondaggio condotto nella fase più drammatica della vicenda di Eluana Englaro rappresentava un'opinione pubblica spaccata a metà, con una larghissima maggioranza che, tuttavia, si dichiarava favorevole all'attribuzione della facoltà di decidere ai parenti della Englaro e ai medici. Ritiene, infine, che tra una legge incentrata sul criterio dell'autodeterminazione, come quella approvata in Germania, e una proposta di legge incentrata sull'eterodeterminazione (com'è, a suo avviso, quella trasmessa dal Senato), sia preferi-

bile una *soft law*, che si limiti a vietare eutanasia e accanimento terapeutico, salvaguardando, per il resto, l'autonomia dell'ambito deontologico in cui si svolge il rapporto tra il paziente, i suoi familiari e il medico.

Laura MOLTENI (LNP) osserva che il testo approvato dal Senato rappresenta il frutto della ricerca di un equilibrio tra diverse posizioni politiche e diversi riferimenti culturali. È un equilibrio frutto di un accordo parlamentare, ma sicuramente condizionato dal precipitare degli eventi legati alla triste vicenda personale di Eluana Englaro, aggravata dalle pressioni mediatiche in cui si è trovata la stessa famiglia di Eluana. Il testo, a dispetto della ristrettezza dei tempi di esame e approvazione in prima lettura al Senato, è stato elaborato con il contributo di tutte le parti politiche, pur nella differenza delle posizioni originarie. A dispetto di questa elaborazione comune, il risultato conseguito con il provvedimento in esame è indubbiamente espressione della volontà ferma di ribadire alcuni principi fondamentali, ritenuti irrinunciabili, quali, da un lato, la salvaguardia assoluta della vita e, dall'altro lato, il diritto alle cure e alla salute, con esclusione di qualsiasi possibilità di eutanasia e di accanimento terapeutico. L'articolo 32 della Costituzione, nel garantire la volontarietà dei trattamenti sanitari, non tratta tuttavia di cosa avviene in caso di incoscienza del paziente, ma la personalità delle manifestazioni di volontà sul diritto alla vita non consente che si applichi, alle situazioni in esame, il principio di presunzione. Di primario rilievo è la scelta di esplicitare la forma giuridica della dichiarazione anticipata di trattamento (DAT), che deve essere scritta, sottoscritta e controfirmata dal medico che svolge anche una fondamentale opera di informazione scientifica al cittadino che la sottoscrive. La possibilità di sottoscrivere la DAT non esclude, tuttavia, che le originarie indicazioni del paziente debbano essere attualizzate in considerazione della situazione clinica del momento di presunta fine della vita. L'obiettivo è quello di

consentire che la volontà sia espressa in un documento giuridicamente valido, evitando che la medesima venga ricostruita *a posteriori* attraverso un insieme di prove, anche a carattere testimoniale, di dubbia validità. In tale ottica, viene previsto che le dichiarazioni anticipate di trattamento debbano essere tenute sempre in considerazione, ma che debbano altresì coincidere con la situazione clinica del momento di presunta fine della vita, posto che le condizioni patologiche non sono prevedibili e che solo il medico è in grado di determinarle. Il provvedimento prevede anche la facoltà di nominare un fiduciario che garantisca che le disposizioni contenute nella dichiarazione anticipata di trattamento vengano correttamente interpretate, e – ove possibile – attuate, al fine di prevenire e limitare il possibile ricorso alla magistratura. È questo uno degli obiettivi principali della presente proposta di legge. In uno stato di diritto, ovviamente, non è preclusa mai al cittadino la possibilità di un ricorso in giudizio, ma molteplici sono gli strumenti atti a limitare questo momento di patologia del sistema. È importante ricordare, al riguardo, ciò che pochi mesi fa è avvenuto ad Eluana Englaro. Alla domanda se nel caso della giovane Eluana Englaro ci siano ragioni di conflitto fra il potere legislativo e il potere giudiziario, risponde ricordando che sia alla Camera dei deputati sia al Senato sono emerse espressioni positive. Tutti sanno come si è espressa la Corte costituzionale sul ricorso per conflitto di attribuzioni, ma tale pronuncia non elimina la sensazione diffusa di ingerenza del potere giudiziario in decisioni che non solo attengono alla sfera privata dell'individuo ed eventualmente della famiglia, ma che soprattutto intaccano beni primari della persona umana, indisponibili per qualsiasi potere. Dichiarò di aver sempre creduto che situazioni di questa drammaticità per il singolo e per le persone a lui vicine dovrebbero interessare solo ed esclusivamente la sfera personale del paziente, nel suo ambito familiare, e, per questa ragione, di non aver mai pensato che si sarebbe giunti a una proposta di legge su

questo tema; è quindi innegabile che qualsiasi ingerenza del potere legislativo, esecutivo o giudiziario potrebbe rivelarsi potenzialmente lesiva del rapporto di alleanza terapeutica tra il medico, il malato e la famiglia. Tuttavia, considerato che la magistratura, su questo tema, emettendo sentenze, ha di fatto legiferato, comprende come si sia giunti a proporre l'intervento del Parlamento con apposita legge. Il ruolo che ha esercitato la magistratura, e la posizione esplicitata dal Presidente della Repubblica, hanno fatto riflettere molto sulla necessità dell'adozione di una nuova disciplina a carattere generale sulla tematica della fine della vita e sul ruolo del Parlamento. Proprio per queste ragioni, oggi ci si trova inevitabilmente, anche se tanti non vorrebbero, ad intervenire in sede legislativa, attraverso l'adozione di una normativa che non consenta più che, in futuro, si crei un nuovo « caso Englaro ». Inoltre, contro chi afferma che questa è una legge inutile, che non tiene conto del principio di autodeterminazione dell'individuo e che permette esclusivamente l'attuazione delle scelte del medico, osserva che la situazione è radicalmente opposta. Ritiene, cioè, che, contestualmente alla scelta di garantire chi intende manifestare la propria volontà attraverso la DAT, debba essere parimenti tutelata la scelta consapevole e responsabile di coloro che invece affidano al medico la valutazione sui trattamenti da praticare e lasciano alla famiglia il ruolo di garanzia espresso nella funzione del fiduciario e la scelta di coloro che non decidono di sottoscrivere alcunché in tema di testamento biologico. La volontà del singolo sui trattamenti sanitari non può essere presunta. È questo un profilo su cui si deve lavorare in rapporto al testo in discussione, con l'intento di chiarire definitivamente che va garantita anche la volontà di coloro che non intendono rilasciare la DAT, con ciò implicitamente negando possibili ingerenze di soggetti esterni in merito alla sorte di ciascuno sul piano dei trattamenti sanitari, salvaguardando sempre la vita, anche per un principio di precauzione, come bene indisponibile.

Tutto ciò al fine di garantire che questa legge sia una legge realmente bilanciata e sappia rendersi interprete delle molteplici istanze che ciascun individuo può astrattamente maturare sulla fine della propria vita.

Ileana ARGENTIN (PD) esprime, innanzitutto, il proprio disagio per un dibattito che sembra, talvolta, ridurre la riflessione sul testamento biologico alla contrapposizione tra laici e cattolici o, peggio, tra presunti partiti della vita e della morte. Proprio perché nessuno aspira naturalmente alla fine della propria esistenza, occorre riflettere sul tema della fine delle sofferenze e, in particolare, delle sofferenze provocate dall'assoluta mancanza di autonomia. Ritiene, infatti, che tutti, a partire da quanti sottolineano la centralità e l'importanza della famiglia, debbano riflettere su come una persona non autosufficiente soffra nel vedere la propria patologia pregiudicare l'autonomia dei suoi familiari e su come questo possa diventare un limite oltre il quale neanche l'amore per la vita riesce a spingersi. Osserva, quindi, che le convinzioni religiose ed etiche di ciascuno non possono diventare una regola imposta dalla collettività e che, proprio per questo, il testo trasmesso dal Senato rappresenta, a suo avviso, un compromesso vergognoso. Dopo aver rilevato che anche l'assistenza alle persone non autosufficienti dovrebbe tener conto del loro reddito, perché, altrimenti, vi è il rischio di non riuscire ad assistere tutti quelli che ne hanno bisogno, auspica che il diritto all'autodeterminazione – che, troppo spesso, viene messo in discussione sia dalla destra sia dalla sinistra – venga riconosciuto per ciascuno e che, in particolare alle persone con disabilità grave, sia riconosciuta la libertà di decidere quando le proprie sofferenze sono diventate insopportabili, in una relazione che, a suo avviso, deve fondarsi sul rapporto con i propri familiari, piuttosto che con il medico.

Daniela SBROLLINI (PD) esprime apprezzamento per il clima in cui si sta

svolgendo il confronto sui contenuti delle proposte di legge in esame. Rileva, quindi, che la riflessione sul tema del testamento biologico ha preso le mosse dalla vicenda di Eluana Englaro e si è articolata intorno al fondamentale problema dei limiti fino a cui può spingersi l'intervento dello Stato nella vita di una persona. Ricorda, in proposito, che la Costituzione configura uno Stato laico, rispettoso delle scelte di ognuno. Per tale ragione, ritiene che imporre per legge un trattamento sanitario rappresenti un'inaccettabile violenza. La volontà della persona, infatti, deve sempre essere rispettata, anche quando questa non sia più cosciente. Il testo trasmesso dal Senato, invece, rischia di produrre un arretramento della coscienza civile del Paese, essendo il frutto di una discussione né serena né equilibrata. Se, infatti, l'idratazione e la nutrizione artificiali non vengono riconosciuti come trattamenti sanitari, si legittima una violenza che contrasta con la libertà individuale e con la disponibilità del proprio corpo, che è fondamento della civiltà giuridica moderna. Ribadisce, quindi, che la Costituzione tutela la libertà di coscienza di credenti e non credenti e che, pertanto, bisogna riuscire a discutere di questi temi, in Parlamento e nel Paese, in modo sereno, non lacerante, senza indebite accelerazioni o inutili forzature. È infatti persino preferibile astenersi dall'intervenire con una legge, se non si riesce ad approvare una legge che sia rispettosa delle scelte sia dei laici sia dei credenti. A suo avviso, si rischierebbe altrimenti di dar vita a un dibattito sterile, fuori del tempo e lontano dalla sensibilità della grande maggioranza dei cittadini.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, precisa, rivolto alla collega Sbrollini, che non vi è, da parte della presidenza, alcuna intenzione di comprimere il dibattito. Auspica, peraltro, che gli interventi dei colleghi non abbiano mai un fine dilatorio.

Livia TURCO (PD), intervenendo sull'ordine dei lavori, esprime rammarico per il richiamo del presidente e precisa che l'opposizione non ha interesse a ritardare l'approvazione di una legge, ma vuole piuttosto giungere all'approvazione di una buona legge, ciò che richiede, a suo avviso, una discussione seria e approfondita.

Carmelo PORCU (PdL), intervenendo sull'ordine dei lavori, dichiara di condividere quanto affermato dal presidente e lo invita a valutare l'opportunità di proporre all'ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, la fissazione di un termine per le richieste di intervento.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, premesso di condividere il suggerimento del collega Porcu, fa presente che la questione sarà affrontata nella riunione dell'ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, che si svolgerà al termine di questa seduta. Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia, quindi, il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 16.

**UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI**

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 16 alle 16.10.

AVVERTENZA

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

SEDE REFERENTE

Disposizioni in materia di raccolta e utilizzo del sangue cordonale.

C. 361 Volontè, C. 548 Bertolini, C. 961 Colucci, C. 1214 Di Virgilio e C. 2040 Mosella.

ALLEGATO

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di governo delle attività cliniche. C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni e C. 1942 Mura.

**TESTO UNIFICATO ELABORATO DAL COMITATO RISTRETTO
ADOTTATO COME TESTO BASE**

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

ARTICOLO 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.

2. Il governo delle attività cliniche delle aziende sanitarie locali od ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici, nonché di quelli individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e successive modificazioni, è attuato con la partecipazione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come 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 la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale.

3. Il governo delle attività cliniche, come disciplinato dalle regioni, garantisce il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e di tutti i professionisti impegnati nel Servizio sanitario nazionale, attraverso

l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali implicati nell'assistenza al cittadino.

ARTICOLO 2.

(Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

1. All'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

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

b) al comma 1-*quater*, il quinto periodo è sostituito dal seguente: « Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per le attività indicate all'articolo 17 ».

2. Il comma 1 dell'articolo 17 è sostituito dai seguenti:

« 1. Il Collegio di direzione concorre alla pianificazione strategica delle attività e degli sviluppi gestionali e organizzativi, alla definizione di linee guida per l'attività diagnostico-terapeutica, alla individuazione di indici di *performance*, di indicatori di efficienza e dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, alla valutazione interna dei risultati con-

seguiti in relazione agli obiettivi prefissati, alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione esprime parere obbligatorio al direttore generale sull'atto aziendale, sui programmi di ricerca e di formazione, sugli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale, sul piano aziendale di formazione del personale medico e sanitario.

1-*bis*. Le decisioni del direttore generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione sono adottate con provvedimento motivato ».

3. Il comma 2 dell'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito da seguente:

« 2. La regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione di diritto del direttore sanitario e amministrativo, nonché la partecipazione di rappresentanti di direttori di distretto, di presidio e di dipartimento, dei direttori di unità operativa complessa che non siano anche direttori di dipartimento, dei dirigenti medici, degli infermieri e, solo nelle aziende sanitarie locali, dei medici veterinari, eletti all'interno delle rispettive categorie. Nelle aziende ospedaliero-universitarie, di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, all'interno del Collegio di direzione è assicurata la paritaria rappresentatività della componente medico-ospedaliera e di quella universitaria. ».

ARTICOLO 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 modifiche:

a) al comma 2, dopo il primo periodo, è inserito il seguente: « Le regioni rendono nota, con congruo anticipo, adot-

tando misure di pubblicità e di trasparenza, accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti *Internet*, l'attivazione delle procedure per la copertura delle vacanze dei posti di direttore generale delle aziende sanitarie locali, e delle aziende ospedaliere e degli IRCCS pubblici »;

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 o strutture pubbliche o private, in 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) certificato di frequenza di un corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitarie. Tale requisito non è richiesto per i direttori generali in carica. I corsi di formazione sono organizzati, con oneri a carico dei partecipanti, dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS). I corsi possono essere organizzati anche in ambito regionale o interregionale in collaborazione con le università o con altri soggetti pubblici o privati accreditati ed hanno comunque valenza nazionale. Le regioni rendono noti, adottando misure di pubblicità e trasparenza, accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti *Internet*, i curriculum degli aspiranti medesimi »;

d) dopo il comma 3 è inserito il seguente: « 3-*bis*. I requisiti e i curriculum di cui al comma 3 sono valutati da una commissione nominata da ogni singola regione »;

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

definiti e quantificati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati con la regione. Gli strumenti regionali dovranno essere coerenti con linee guida approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita l'AGENAS.»;

f) 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 *Internet* della regione e dell'azienda sanitaria interessata, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in materia di protezione dei dati personali».

2. L'articolo 3-bis, comma 8, terzo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è così sostituito: «Il trattamento economico del direttore generale è stabilito dalla regione con riferimento al 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 è integrato di un'ulteriore quota, fino al 20 per cento dello stesso, previa valutazione da parte della regione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati annualmente. Il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito nella misura 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 sulla realizzazione degli obiettivi annualmente assegnati. Le regioni aggiornano i trattamenti economici così definiti con le stesse decorrenze stabilite per i contratti nazionali di lavoro della dirigenza medica».

ARTICOLO 4.

(Modifiche all'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

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 modifiche:

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 tal 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 della unità operativa complessa, di intesa con il comitato di dipartimento, sentito il Collegio di direzione, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale e tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5. Gli incarichi di direzione di struttura semplice sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del direttore di struttura complessa, sentito il collegio di dipartimento, a un dirigente con una anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Gli incarichi di responsabile di unità operativa semplice a valenza dipartimentale 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. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo. Sono definiti dalla contrattazione collettiva 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. 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, individuati attraverso pubblico sorteggio da un elenco regionale. La commissione formula un giudizio motivato su ciascun candidato, tenendo conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti. La commissione, sulla base delle valutazioni effettuate, presenta al direttore generale una terna all'interno della quale il direttore generale nomina, con provvedimento motivato, il vincitore.

2-bis. Nelle aziende ospedaliero-universitarie, di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, la commissione di tre membri di cui al comma 2 è presieduta dal direttore sanitario ed è composta da un dirigente di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico e da un professore universitario della medesima disciplina, individuati attraverso pubblico sorteggio da un elenco regionale.

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

2-quater. 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 sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: « Al dirigente preposto a una struttura semplice anche a valenza dipartimentale sono attribuite funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuare anche mediante direttive per il

corretto espletamento del servizio a tutto il personale operante nella stessa, compresi i dirigenti con funzioni di natura professionale.».

ARTICOLO 5.

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

1. Gli strumenti per la valutazione dei direttori di struttura complessa e dei direttori di dipartimento sono definiti dalle regioni. Essi devono prevedere la quantità di prestazioni sanitarie da erogare in riferimento agli obiettivi assistenziali concordati con il direttore generale e la valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi. Gli strumenti di valutazione devono essere presenti anche nel contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medica sanitaria e coerenti con specifiche linee guida, proposte del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, adottate nell'ambito dell'atto di indirizzo predisposto dal Comitato di settore e approvato dal Consiglio dei ministri.

ARTICOLO 6.

(Dipartimenti).

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

« ARTICOLO 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 diparti-

mento. 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 risorse. La direzione dei dipartimenti comporta l'attribuzione sia di responsabilità clinica sia di responsabilità gestionale e organizzativa in ordine alle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi di risultato. A tal fine, il direttore del dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e di gestione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. Il comitato di dipartimento, composto da tutti i responsabili di unità operativa complesse dell'azienda e dai responsabili di unità operativa semplice a valenza dipartimentale, partecipa alla programmazione, alla realizzazione, al monitoraggio e alla verifica delle attività dipartimentali.

4. L'organizzazione in dipartimenti è adottata dalle aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Decorso tale termine, al direttore generale delle aziende che non hanno adeguato la loro organizzazione alle disposizioni di cui al presente articolo non è corrisposta la quota variabile della retribuzione, finché l'inadempimento permane ».

ARTICOLO 7.

(Responsabilità dei direttori di dipartimento).

1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo l'articolo 17-*bis*, è aggiunto il seguente:

« ARTICOLO 17-*ter*. — *(Responsabilità dei direttori di dipartimento)*. 1. 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 in base alle evidenze scientifiche, di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini.

2. Al fine di una ottimizzazione dell'occupazione dei posti letto, nel quadro delle predette attività, al direttore del dipartimento è attribuita l'organizzazione e la gestione flessibile dei posti letto da distribuire tra le strutture semplici e complesse, sentito il Collegio di direzione, di intesa con il comitato di dipartimento. ».

ARTICOLO 8.

(Limiti di età).

1. Il limite di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fermo restando quanto previsto dal comma 1 dell'articolo 15-*nonies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. È comunque facoltà del dirigente di permanere in servizio fino 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.

ARTICOLO 9.

(Esclusività del rapporto e attività libero-professionale dei dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale).

1. Le regioni disciplinano l'attività libero professionale dei dirigenti sanitari del

Servizio sanitario nazionale nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

a) il dirigente medico 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 Servizio sanitario nazionale;

b) l'esercizio dell'attività libero-professionale del dirigente medico 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 di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale;

c) il dirigente medico dipendente del Servizio sanitario nazionale può svolgere l'attività libero-professionale nelle seguenti forme: con rapporto non esclusivo; con rapporto esclusivo ed attività libero-professionale intramuraria; con rapporto esclusivo ed attività libero-professionale intramuraria allargata.

d) il dirigente medico dipendente del Servizio sanitario nazionale esercita il suo diritto allo svolgimento dell'attività libero-professionale in una delle forme predette mediante apposita opzione.

2. Le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale sono definite dalle regioni nel rispetto dei seguenti principi:

a) i volumi prestazionali di attività libero-professionale non devono comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali, al fine di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale, anche al fine di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, nel rispetto dei piani di attività previsti dalla programmazione regionale ed aziendale;

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;

c) è facoltà dell'azienda non attivare, o attivare solo parzialmente, la libera professione intramuraria. In caso di attivazione, la stessa sarà gestita dall'azienda mediante un Centro unico prenotazioni, con spazi e liste separati e distinti tra attività istituzionale ed attività libero-professionale e con pagamento delle prestazioni e 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 né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa. Detta 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 Servizio sanitario nazionale;

e) la Regione, anche avvalendosi dell'Agenzia 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;

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

ARTICOLO 10.

(Libera professione intramuraria degli operatori sanitari non medici).

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 sanitari non medici, 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 comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali.

2. L'attività libero-professionale di cui al comma precedente possono essere svolte anche in forma intramuraria presso le aziende sanitarie locali od ospedaliere, gli IRCCS e le strutture sanitarie conven-

zionate con il Servizio sanitario nazionale. A tal fine tali enti emanano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, specifici regolamenti per l'effettuazione della libera professione intramuraria degli operatori sanitari non medici.

3. Nell'ambito dell'attività di cui al comma 1, il personale interessato svolge le proprie funzioni nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia.

ARTICOLO 11.

(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, nonché alle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e agli IRCCS pubblici.