

GOVERNO CLINICO

Audizione di SIVeMP e FVM

Proposte
avanzate

Si è svolta lo scorso 22 gennaio presso la XII Commissione *Affari Sociali* della Camera dei deputati l'audizione informale sulle proposte di legge di modifica al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di governo delle attività cliniche. Per il SIVeMP era presente il Dott. Pierluigi Ugolini, per l'FVM era presente il Dott. Zaccaria di Taranto. I nostri rappresentanti dopo aver espresso un particolare apprezzamento per la volontà di riportare il professionista al centro delle logiche di governo clinico delle Aziende Sanitarie Locali, hanno poi illustrato i

principali punti strategici a nostro avviso da inserire nel provvedimento. Nello specifico e in sintesi si è rimarcata:

- la necessità di una selezione dei Direttori di Struttura Complessa che tenga conto espressamente dei titoli di carriera;
- la necessità che il Collegio di

Direzione, promosso a organo di governo aziendale, esprima tra i suoi componenti la figura del medico veterinario;

- la necessità di un modello strutturale del Dipartimento di Prevenzione che rispecchi i nuovi fabbisogni derivanti dall'applicazione del Pacchetto Igiene;
- la necessità di inserire anche i Medici Veterinari nella riformulazione della D.lgs 368/99 che riguarda gli specializzandi medici, con la relativa retribuzione;
- infine, la necessità di risolvere il problema dei precari attraverso il corretto utilizzo degli strumenti contrattuali, evitando il ricorso a forme di lavoro atipico.

Le proposte presentate, sono state dettagliate nei documenti presentati alla Commissione, e che vengono di seguito pubblicati integralmente. A metà febbraio l'Onorevole Di Virgilio, come per altro annunciato al termine dell'audizione, ha presentato un testo unico che riunisce le 5 proposte di legge sul Governo Clinico. Nel nuovo testo, pubblicato a pagina 13 è stata recepita la richiesta avanzata dal SIVeMP nel corso dell'audizione (pagina 11) di inserire all'art. 2 comma 4 la figura del Medico Veterinario Dirigente nel Collegio di Direzione.





S.I.V.E.M.P.

Oggetto: audizione in tema di governo clinico Camera dei Deputati XII Commissione permanente per gli Affari Sociali

Prot. 27/7 Roma, 22 gennaio 2009

Preg.mo Presidente,

vogliamo cogliere l'occasione per rappresentare a codesta Commissione la condivisione di alcuni degli obiettivi indicati dai diversi DdL volti ad un ammodernamento e ad una manutenzione del D.lgs. 502/92 e successive intervenute modificazioni.

La sensibilità dei medici veterinari dirigenti del Ssn quali operatori specialisti in materia di prevenzione delle malattie trasmissibili (quali ad es. Influenza aviaria, mucca pazza, tubercolosi, rabbia ecc.) e della sicurezza alimentare ci fa ritenere l'iniziativa legislativa auspicabile.

1) Prevenzione - Sicurezza alimentare - Nuovo modello strutturale per il miglioramento dell'efficacia

SOTTO IL PROFILO DELL'OPPORTUNITÀ

Osserviamo ormai da tempo una progressiva mancanza di progettualità utile a rappresentare con efficacia nei confronti dei cittadini, dell'industria alimentare e delle autorità europee il tema della sicurezza alimentare.

Come evidenziato anche da recenti rapporti delle Autorità ispettive europee il nostro Paese è in ritardo nel completamento del sistema destinato a governare il complesso tema della sicurezza alimentare, e ciò anche per l'eccessiva frammentazione dei controlli e la diversità delle strutture ad essi deputate che trovano nel nostro Paese declinazioni diverse nelle singole Regioni e Province autonome e nelle diverse Aziende sanitarie.

Gli Organi ispettivi della Comunità Europea, valutato il sistema dei controlli per la sicurezza alimentare nel nostro Paese, hanno sottolineato la necessità di "assicurare un adeguato livello organizzativo in tutte le competenti autorità coinvolte nel sistema di garanzia della sicurezza alimentare" (DG (SANCO)/2008-7930-MR-FINAL).

L'Italia è leader nel comparto agroalimentare e non può pertanto permettersi ulteriori ritardi.

È necessario affrontare il tema della manutenzione degli artt. 7 bis, 7 ter e 7 quater del D.lgs. 502/92 s.m.i., prevedendo la possibilità di costituzione in ogni azienda sanitaria territoriale di uno specifico Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, dando in tal modo corpo ad una struttura che si occupi compiutamente ed efficacemente di questo tema, capace di rispondere concretamente ai bisogni dei cittadini consumatori, sempre più sensibili ai temi dell'alimentazione, ma anche alle richieste della Comunità europea e di una Industria alimentare nazionale che pesa per 180 miliardi di Euro, importo pari al 15% del PIL nazionale.

Questa struttura non può che declinarsi coerentemente con l'organizzazione del Dipartimento della Sanità pubblica veterinaria della nutrizione e della sicurezza degli alimenti del Ministero del Lavoro, delle Politiche Sociali e della Salute, costituendo articolazioni analoghe, ove non già presenti, nelle Regioni e Province autonome e nelle Aziende Sanitarie Locali, anche al fine di dare compiuta strutturazione alle previsioni dell'art 2 del D.lgs. 193/2007 che in tali Istituzioni ed Enti riconosce le "Autorità Competenti" previste dal Regolamento CE 178/2002 per la tutela della Sicurezza alimentare.

SOTTO IL PROFILO NORMATIVO

La ristrutturazione dei Dipartimenti di Prevenzione definita dal D.Lgs. 229/99 aveva il fine di garantire che la diversificazione delle specializzazioni, necessariamente derivante dalla consistente crescita delle conoscenze, potesse essere correttamente ed adeguatamente declinata in specifici e corrispondenti Servizi specialistici.

Dopo tale intervento legislativo, l'ulteriore evoluzione normativa Europea è stata evidentemente dettata dalla riconosciuta necessità di integrazione delle diverse specializzazioni, particolarmente in materia di sicurezza alimentare - con il corpo normativo noto nel nostro Paese con il nome di "Pacchetto Igiene" ed in particolare con il Regolamento 882/2004, senza che ciò dovesse però comportare alcuna perdita del più elevato livello di conoscenze garantito proprio dalle specializzazioni stesse.

Contestualmente, l'evoluzione normativa nazionale in senso federalista, ha prodotto un rimaneggiamento delle organizzazioni dipartimentali, ed in particolare dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL, che, senza una linea strategica comune di indirizzo, ha generato tanti modelli organizzativi dei medesimi Dipartimenti almeno quante sono le realtà Regionali del nostro Paese.

È pertanto indispensabile, anche sotto questo profilo ed alla luce di quanto chiaramente indicato dall'Unione Europea con il Regolamento 882/2004 e di quanto ulteriormente recepito e precisato tecnicamente dal nostro Paese con il D.Lgs. 193/2007, dare ora concreta attuazione alle imprescindibili esigenze ivi prospettate.

Anche da ciò nasce l'urgenza di ristrutturare l'impianto degli articoli sopra richiamati del D.Lgs. 502/92 s.m.i., affinché all'Area della Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare (nella quale sono ricompresi i Servizi di Igiene degli Alimenti medici e veterinari, di Igiene degli allevamenti e di Sanità Animale) venga riconosciuta una precisa identità Dipartimentale, senza che ciò comporti alcuna destrutturazione dell'unitarietà delle attività di prevenzione che riteniamo debba comunque essere salvaguardata in una nuova e potenziata area strategica aziendale dei dipartimenti territoriali della prevenzione primaria.

Riteniamo utile fornire in allegato la nostra più definita proposta normativa.

2) Revisione del procedimento di nomina dei Direttori di Struttura Complessa

Riteniamo che su questo tema non sia dissonante con quanto precedentemente proposto chiedere a codesta Commissione che, innanzitutto, la Commissione esaminatrice garantisca la massima trasparenza ed indipendenza; a tal fine crediamo che tale Commissione, ancorché presieduta dal DS (e non dal Direttore di Dipartimento) debba presentare al DG, sulla base delle valutazioni effettuate, la graduatoria degli idonei con relativi punteggi (e non già una terna, che produrrebbe un effetto di esclusione di potenziali partecipanti) e che a tale graduatoria il DG debba riferirsi.

3) Collegio di direzione - Composizione e Poteri

Ancora in sintonia con le proposte sopra enunciate, riteniamo infine necessario sollecitare codesta Commissione perché rimedi ad una carenza del previsto Collegio di Direzione nel quale occorre garantire la presenza tra i membri di diritto della figura del medico veterinario dirigente; deve essere infatti considerato che nell'ambito dell'Area della Dirigenza medica e veterinaria il Dirigente veterinario costituisce una specifica professionalità che non può essere esclusa da un Organo di vertice dove la professionalità medica risulta rappresentata anche nelle sue diverse componenti specialistiche e dove trovano peraltro rappresentanza anche componenti di altre professionalità pur non dirigenziali.

Si ritiene d'altra parte che il Collegio di Direzione debba essere indicato quale Organo dell'Azienda e che, riconosciuta tale qualifica, il DG debba avvalersi obbligatoriamente dei relativi pareri.



Audizione in tema di governo clinico Camera dei Deputati XII Commissione permanente per gli Affari Sociali

La recessione riduce le risorse per la sanità e senza un Ssn efficiente potrebbe colpire la salute dei cittadini. La crisi porterà a un maggior ricorso al sistema sanitario pubblico aumentando la domanda dei già sovraccarichi servizi pubblici. Condividendo quanto ha affermato il Direttore Generale dell'OMS, esprimiamo la preoccupazione che in un periodo di crisi economica, le persone tendano a risparmiare le spese per la sanità che gravano sul bilancio familiare. Molti trascureranno la propria salute se non potranno avere un adeguato accesso alle cure di base e ai servizi finanziati dallo Stato. Inoltre, in sintonia con l'OMS, affermiamo che una riduzione della prevenzione è particolarmente dannosa in un momento in cui l'invecchiamento demografico e l'aumento delle patologie croniche sono tendenze globali. Queste premesse devono essere alla base di una revisione normativa del Ssn che deve puntare ad una migliore efficienza, ad una maggiore copertura dei cittadini dai rischi sulla salute e ad una maggiore appropriatezza e aderenza dei servizi sanitari ai bisogni di prevenzione e cura. Per questo motivo si condividono le ipotesi di ristrutturazione di diversi aspetti normativi che hanno manifestato debolezze o che sono stati superati dall'evoluzione sociale, politica ed istituzionale del nostro Paese, sia nel suo ordinamento costituzionale che nei rapporti e vincoli cui è soggetto in seno alla UE. L'FVM quindi coglie l'occasione per rappresentare alla XII Commissione Affari Sociali della Camera la condivisione di alcuni degli obiettivi indicati dai diversi DdL volti ad un ammodernamento e ad una manutenzione del D.lgs. 502/92 e successive intervenute modificazioni.

Il procedimento di nomina dei Direttori Generali

Riteniamo condivisibile la proposta di istituire una commissione che valuti l'idoneità (regionale) a tali incarichi mediante la verifica dei *curricula* dei candidati che devono possedere alcuni requisiti minimi equivalenti sul territorio nazionale.

Il procedimento di nomina dei Direttori di Struttura Complessa

Riteniamo necessario proporre a codesta Commissione che, innanzitutto, nell'affidamento dell'incarico di Direttore di struttura complessa la commissione esaminatrice garantisca la massima trasparenza ed indipendenza.

A tal fine crediamo che tale commissione esaminatrice, presieduta dal Direttore del Dipartimento interessato, debba essere composta da Direttori di Struttura complessa della disciplina oggetto del concorso estratti a sorte in ambito regionale. La Commissione, al termine dei lavori, presenta al Direttore Generale, una graduatoria degli idonei con i relativi punteggi espressi sulla base delle valutazioni effettuate (non una terna di idonei preselezionati che produrrebbe un effetto di esclusione di tutti i potenziali idonei). Il Direttore Generale deve attenersi a tale graduatoria per l'assegnazione dell'incarico.

Il pensionamento dei dirigenti sanitari

Una proposta a tale riguardo prevede un limite di pensionamento a

65 anni, con la possibilità di trattenere in servizio fino a 70, dietro specifica richiesta approvata dal Collegio di Direzione.

Noi riteniamo che tale proposta contrasti con le necessità occupazionali e di rinnovamento della sanità pubblica e quindi esprimiamo un giudizio sfavorevole, specialmente se la possibilità venisse riservata solo alla figura, giuridicamente desueta, del primario ospedaliero.

Il rischio clinico

In tema di sicurezza, è stata ribadita la necessità di dare al tema del rischio clinico la giusta rilevanza e quindi di istituire unità aziendali di *risk management* che tengano in considerazione tutti i profili professionali interessati. Condivisibile è la proposta di imporre che «La polizza assicurativa stipulata dalla azienda non deve in nessun caso prevedere il diritto di rivalsa nei riguardi degli operatori sanitari e deve garantire la copertura assicurativa di tutte le prestazioni sanitarie, anche relative all'attività libero professionale "intramuraria"» (come previsto dal disegno di legge 1552).

Collegio di direzione - Composizione e Poteri

Ancora in sintonia con le proposte sopra enunciate, riteniamo infine necessario sollecitare codesta Commissione perché rimedi ad una carenza del previsto Collegio di Direzione nel quale occorre garantire la presenza, tra i membri di diritto, della figura del medico veterinario dirigente. Deve essere tenuto in debito conto che nell'ambito dell'Area della Dirigenza medica e veterinaria il dirigente veterinario costituisce una specifica professionalità che presiede a specifiche funzioni definite dalla legge,

La competenza del dirigente veterinario non può, quindi, essere esclusa da un Organo di vertice dove la professionalità medica risulta rappresentata anche nelle sue diverse componenti specialistiche e dove trovano peraltro rappresentanza anche componenti di altre professionalità pur non dirigenziali.

Si ritiene d'altra parte che il Collegio di Direzione debba essere indicato quale Organo dell'Azienda e che, riconosciuta tale qualifica, il Direttore Generale debba avvalersi obbligatoriamente dei relativi pareri.

La formazione post laurea

Sono condivisibili le proposte che vogliono far diventare la formazione *post laurea* una formazione pratica e non teorica. Ma visto che si sta proponendo di riformare la Legge 368 del 1999 chiediamo che si affronti anche il tema della formazione del veterinario che dovrà essere incardinato nella pubblica amministrazione con lo stesso rapporto economico già previsto per gli specializzandi medici. Va anche affrontato il rapporto tra Università, IZS ed ASL ed il valore di titoli quali il dottorato di ricerca ed altre problematiche che meritano un approccio organico e paritario, anche nel conferimento delle borse di studio, e nell'ambito di tutte le specializzazioni della dirigenza medica e veterinaria.

Il Distretto e i Dipartimenti

I dipartimenti dovrebbero essere solo a valenza gestionale. Il Dipartimento si configura quale struttura complessa sovraordinata la cui ragione di esistere non può andare a svilire la dignità professionale delle strutture complesse in cui il dipartimento si articola. La normativa, quindi, deve prevedere che il dirigente preposto alla guida del dipartimento lasci per la durata dell'incarico la direzione della struttura complessa di cui nel dipartimento è responsabile. Detta struttura complessa va quindi messa a concorso contestualmente al conferimento dell'incarico dipartimentale. Al CCNL dovrebbe essere affidato il compito di regolamentare le modalità di affidamento, durata e revoca dell'incarico di direttore di dipartimento.

Ulteriori proposte

Nessuno dei disegni di leggi presentati affronta il problema dell'accesso alla professione medica e veterinaria, nonché il problema dei precari e quello della integrazione tra specialisti ambulatoriali e dirigenti del Ssn. FVM ritiene che anche in questo caso andrebbero riviste le norme concorsuali, ma soprattutto chiediamo che nelle aziende sanitarie ed ospedaliere sia espressamente vietato assumere personale con contratti atipici (co.co.co., co.co.pro. etc). Gli unici due strumenti da utilizzare devono essere il concorso (per le assunzioni a tempo indeterminato) e l'avviso pubblico (per le assunzioni a tempo determinato). Tutte le altre forme non garantiscono, infatti, i diritti minimi del lavoratore quali le tutele assicurative, la tutela della gravidanza, la formazione continua ecc.

Prevenzione primaria - Sicurezza alimentare - Nuovo modello strutturale per il miglioramento dell'efficacia

È necessario affrontare il tema della manutenzione degli artt. 7 bis, 7 ter e 7 quater del D.lgs. 502/92 s.m.i., prevedendo la possibilità di costituzione in ogni azienda sanitaria territoriale di uno specifico Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, dando in tal modo corpo ad una struttura che si occupi compiutamente ed efficacemente di questo tema, capace di rispondere concretamente ai bisogni dei cittadini consumatori, sempre più sensibili ai temi dell'alimentazione, ma anche alle richieste della Comunità europea e di una Industria alimentare nazionale che pesa per 180 miliardi di

Euro, importo pari al 15% del PIL nazionale.

La ristrutturazione dei Dipartimenti di Prevenzione definita dal D.Lgs. 229/99 aveva il fine di garantire che la diversificazione delle specializzazioni, necessariamente derivante dalla consistente crescita delle conoscenze, potesse essere correttamente ed adeguatamente declinata in specifici e corrispondenti Servizi specialistici.

Dopo tale intervento legislativo, l'ulteriore evoluzione normativa Europea è stata evidentemente dettata dalla riconosciuta necessità di integrazione delle diverse specializzazioni, particolarmente tutte quelle competenti sui rischi delle filiere della sicurezza alimentare - con il corpo normativo noto nel nostro Paese con il nome di "Pacchetto Igiene" ed in particolare con il Regolamento 882/2004, senza che ciò dovesse però comportare alcuna perdita del più elevato livello di conoscenze garantito proprio dalle specializzazioni stesse.

Contestualmente, l'evoluzione normativa nazionale in senso federalista, ha prodotto un rimaneggiamento delle organizzazioni dipartimentali, ed in particolare dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL, che, senza una linea strategica comune di indirizzo, ha generato tanti modelli organizzativi dei medesimi Dipartimenti almeno quante sono le realtà Regionali del nostro Paese.

È pertanto indispensabile, anche sotto questo profilo ed alla luce di quanto chiaramente indicato dall'Unione Europea con il Regolamento 882/2004 e di quanto ulteriormente recepito e precisato tecnicamente dal nostro Paese con il D.Lgs. 193/2007, dare ora concreta attuazione alle imprescindibili esigenze prospettate.

Anche da ciò nasce l'urgenza di ristrutturare l'impianto degli articoli sopra richiamati del D.Lgs. 502/92 s.m.i., affinché all'Area della Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare (nella quale sono ricompresi i Servizi di Igiene degli Alimenti medici e veterinari, di Igiene degli allevamenti e di Sanità Animale) venga riconosciuta una precisa identità Dipartimentale, senza che ciò comporti alcuna destrutturazione dell'unitarietà delle attività di prevenzione che riteniamo debba comunque essere salvaguardata in una nuova e potenziata area strategica aziendale dei dipartimenti territoriali della prevenzione primaria.

**Il Presidente FVM
Dott. Aldo Grasselli**

PROPOSTA DI TESTO UNICO SUL GOVERNO CLINICO

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

Art. 1

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche

1. Il governo delle attività cliniche è assicurato dalle Regioni mediante i servizi delle competenti aziende sanitarie locali od ospedaliere, di seguito denominate «aziende», in conformità ai principi fondamentali stabiliti dai commi 2 e 3 del presente articolo, nonché a quelli individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e successive modificazioni. Le Regioni inoltre definiscono le soluzioni organizzative più adeguate per la presa in carico integrale del bisogno socio-sanitario e la continuità del percorso diagnostico-terapeutico

assistenziale.

2. La *clinical governance* costituisce il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e di tutti i professionisti impegnati nel Ssn, attraverso una integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali implicati nell'assistenza al cittadino-malato.

3. Il governo delle attività cliniche consiste nella programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie ed è assicurato mediante il diretto coinvolgimento del collegio di direzione dell'azienda, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30

dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge.

Art. 2

Modifiche agli articoli 3 e 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. Al comma 1-*quater* dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il primo periodo è sostituito dal seguente: «Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale»;
 b) il quinto periodo è sostituito dal seguente: «Il direttore generale si avvale del collegio di direzione per le attività indicate all'articolo 17»;
 c) dopo il comma 1-*quinqües* è inserito il seguente: «1-*sexies*. Il collegio di direzione concorre alla pianificazione strategica delle attività e degli sviluppi gestionali e organizzativi, alla valutazione interna dei risultati conseguiti 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.».

2. Le decisioni del direttore generale eventualmente assunte in contrasto con il parere del collegio di direzione sono adottate con provvedimento motivato.

3. La responsabilità sugli atti proposti con parere obbligatorio al direttore generale è condivisa tra il direttore generale e il collegio di direzione.

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

«2. La Regione disciplina l'attività e formula atti di indirizzo relativamente al funzionamento e all'attività del Collegio di direzione anche con natura di organo dell'azienda. Il Collegio di direzione è presieduto dal direttore sanitario d'azienda e ha una componente di diritto formata dal direttore amministrativo d'azienda, dai direttori di presidio, fino a un massimo di tre, e da tutti i direttori di dipartimento e una componente elettiva costituita da tre direttori di unità operativa complessa che non siano anche direttori di dipartimento e da due dirigenti di primo livello (medici), da un rappresentante del settore infermieristico, da un rappresentante del settore tecnico-sanitario, da un rappresentante dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni, da un rappresentante dei medici convenzionati e solo nelle aziende territoriali anche da un medico veterinario. I componenti elettivi sono designati dalle rispettive assemblee appositamente convocate con modalità stabilite dalla Regione. Nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n.517, nel collegio di direzione è assicurata l'adeguata rappresentatività sia della componente medico-ospedaliera che di quella universitaria».

Art. 3

Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali

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

a) al comma 2, dopo il primo periodo, è inserito il seguente: «Le

Regioni rendono nota, con congruo anticipo, adottando 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»;

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 posizione dirigenziale con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie;

c) certificato di frequenza di un corso di formazione in materia di Sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitarie. I corsi di formazione sono organizzati, con oneri a carico dei partecipanti, dall'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

I direttori generali in servizio possono conseguire l'attestato di frequenza del suddetto corso entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge.

I corsi possono essere organizzati anche in ambito regionale o interregionale in collaborazione con le università o con altri soggetti pubblici o privati accreditati.

Le Regioni rendono noti, adottando misure di pubblicità e trasparenza, accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti Internet, i curricula degli aspiranti medesimi»;

d) dopo il comma 3 è inserito il seguente:

«3-*bis*. I requisiti di cui al comma 3 sono valutati da una commissione nominata da ogni singola Regione, i cui componenti sono scelti da un elenco nazionale redatto e curato dall'Agenas»;

e) il primo periodo del comma 5 è sostituito dal seguente:

«Le Regioni determinano preventivamente i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, 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 Stato-Regioni, su proposta del ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, sentita l'Agenas. Negli organismi di valutazione è prevista la presenza di un rappresentante dell'Agenas»;

f) al comma 6 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Il provvedimento che conferma o meno il direttore generale deve essere adeguatamente motivato e deve essere pubblicato sui siti Internet della Regione e dell'azienda sanitaria interessata».

2. Il metodo di valutazione utilizzato è scientificamente validato con criteri legati agli obiettivi assegnati contrattualmente al manager.

Art. 4

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

1. Fermo restando il principio della invarianza della spesa, fino all'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e successive modificazioni, e salva la potestà legislativa regionale, da esercitare in base ai principi desumibili dalla legislazione statale vigente in materia, al decreto

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 15-ter, il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, compatibilmente con le risorse finanziarie a tale fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale. I compiti professionali e le funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, di intesa con il Collegio di direzione, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale e tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui al citato articolo 15, comma 5. Gli incarichi di struttura semplice sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del dirigente 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 funzioni hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque con facoltà di rinnovo. Sono definiti contrattualmente l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico»;

b) il comma 2 dell'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

«2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale esclusivamente previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale, di norma tre mesi prima che il posto si renda vacante. A tale fine, il direttore generale nomina una commissione di cinque membri presieduta dal direttore sanitario e composta da quattro dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, individuati attraverso pubblico sorteggio da un elenco nazionale, redatto e curato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), composto dai responsabili di struttura complessa i cui nominativi sono trasmessi a cura delle rispettive Regioni di appartenenza. 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, motivando, il vincitore. Nelle commissioni delle aziende ospedaliere integrate con l'università, uno dei componenti della commissione è nominato dalla facoltà tra i professori universitari di ruolo apicale della disciplina in concorso. Nelle aziende miste, per le unità operative a direzione universitaria la nomina spetta all'università. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve»;

c) al comma 4 dell'articolo 15-ter sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Al dirigente preposto a una struttura semplice 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. Il dirigente sostituisce altresì il dirigente preposto alla struttura complessa di cui fa parte, su incarico dello stesso».

Art. 5

Valutazione dei dirigenti medici di struttura complessa e dei direttori di dipartimento

1. Gli strumenti valutativi dei dirigenti sanitari di struttura complessa e dei direttori di dipartimento vengono definiti dalle Regioni. Essi dovranno prevedere la quantità di prestazioni sanitarie "prodotte" 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 adottate nell'ambito dell'atto di indirizzo predisposto dal Comitato di settore, approvato dal Consiglio dei ministri. Le linee guida sono proposte dal ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali, sentita l'Agenas. Le linee guida dovranno prevedere anche la tipologia di premialità e di penalizzazione da applicare in relazione all'esito della valutazione. Negli organismi regionali di valutazione deve essere prevista anche la presenza di un rappresentante dell'Agenas.

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 tra una terna di dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, proposta dal comitato di dipartimento, e sentito il collegio di direzione. Il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

3. Le Regioni disciplinano le competenze dei dipartimenti delle attività ospedaliere, territoriali e della prevenzione nonché le modalità di assegnazione e di gestione delle risorse su base budgetaria. La direzione dei dipartimenti strutturali 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 tale 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 è composto da tutti i responsabili di unità operative complesse dell'azienda, 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 dall'entrata in vigore della presente legge; trascorso tale periodo, qualora la suddetta organizzazione non venisse adottata, il direttore generale delle stesse non accede alla quota variabile del compenso».

Art. 7

Responsabilità dei direttori di dipartimento

1. Nel titolo V del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo l'articolo 17-bis, è aggiunto il seguente:

«Art. 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».

Art. 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 dall'articolo 15-*novies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. È comunque facoltà del dirigente di permanere, a domanda, in servizio fino al compimento del settantesimo anno di età. Il collegio di direzione dell'azienda competente, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge, può disporre, a tali fini, un preventivo esame di idoneità con riferimento alla specifica funzione svolta, e con parere motivato.

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.

Art. 9

Modifiche all'articolo 72 del Dl del 25/06/2008, n. 112

1. Al comma 11 dell'articolo 72 del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito nella legge del 6 agosto 2008 n. 133, le parole «Anzianità massima contributiva di 40 anni» sono sostituite dalle seguenti: «Anzianità massima di servizio di 40 anni esclusi i periodi di riscatto», fatto salvo quanto previsto dall'articolo 8 della presente legge.

Art. 10

Produttività del servizio e attività professionale dei medici

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

- a) i dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale intrattengono con lo stesso un unico rapporto di lavoro;
- b) compete a tali dirigenti, anche se incaricati della direzione di strutture complesse, il diritto a esercitare l'attività libero-professionale, nel rispetto delle condizioni stabilite dai commi seguenti al fine di garantire una migliore produttività nell'ambito delle strutture del Servizio sanitario nazionale;
- c) l'attività libero-professionale deve essere svolta al di fuori dell'orario di servizio, e può esercitarsi nella forma singola e/o di équipe. Il luogo di esercizio della medesima è scelto dal dirigente interessato, all'interno (*intramoenia*) o all'esterno (*extramoenia*) della struttura di appartenenza.

2. Le modalità di esercizio sono definite dalle Regioni nel rispetto dei seguenti principi:

- a) i volumi prestazionali di attività professionale ammessi devono, sia per l'*intramoenia* sia per l'*extramoenia*, non essere in ogni caso superiori alle corrispondenti attività della medesima forma e tipologia effettivamente svolte a favore della struttura sanitaria di appartenenza per analoga durata;
- b) la tariffa professionale per l'*intramoenia* è definita, previo accordo quadro aziendale con le Oss della dirigenza medica firmatarie del Ccnl, dal singolo dirigente, in contraddittorio con l'azienda;
- c) nel caso di attività professionale svolta all'interno della struttura di appartenenza (*intramoenia*) spetta a ciascuna Azienda sanitaria garantire l'allestimento di idonei spazi autonomi, le necessarie dotazioni organiche e strumentali, un separato centro di prenotazione (Cup) nonché la definizione di un orario di svolgimento compatibile con l'esercizio dell'attività istituzionale. Per l'attività svolta all'interno della struttura della azienda, compete alla medesima una quota della tariffa per assicurare la piena copertura dei costi sopportati per l'apprestamento e la gestione delle strutture necessarie al suo svolgimento;
- d) l'esercizio libero-professionale svolto all'esterno delle strutture aziendali non deve comportare né oneri per l'azienda né oneri per il professionista nei confronti dell'azienda stessa;
- e) la Regione, anche avvalendosi dell'Azienda nazionale dei 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 del precedente punto a);
- f) l'indennità di esclusività non spetta a chi svolge attività professionale all'esterno della struttura del Servizio sanitario nazionale con cui intrattiene il rapporto di lavoro. Essa è dovuta anche a chi eserciti attività libero-professionale all'esterno della struttura, solamente quando ciò sia addebitabile a carenze strutturali e organizzative dell'azienda.

Art. 11

Libera professione intramuraria degli infermieri

1. Ai fini di un'efficace organizzazione dei servizi sanitari, fermi restando i vincoli finanziari delle disposizioni vigenti, gli infermieri operanti con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle aziende del Servizio sanitario nazionale, negli Irccs e nelle strutture sanitarie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale sono autorizzati a esercitare la libera professione intramuraria, come previsto dall'articolo 1, commi 2 e 3, della legge dell'8 gennaio 2002 n. 1.

2. Le aziende del Servizio sanitario nazionale, gli Irccs e le strutture sanitarie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale emanano entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge specifici regolamenti per l'effettuazione della libera professione intramuraria degli infermieri.

Art. 12

Norma finale

1. Tutte le disposizioni previste dalla presente legge valgono, obbligatoriamente, anche per gli ospedali classificati a norma dell'articolo 4 comma 12 del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992.