

OSSERVAZIONI ALLA PROPOSTA DI TESTO UNIFICATO C. 278 E ABB. – SEDUTA DEL 28 SETTEMBRE 2011

“PRINCIPI FONDAMENTALI IN MATERIA DI GOVERNO DELLE ATTIVITA’ CLINICHE PER UNA MAGGIORE EFFICIENZA E FUNZIONALITA’ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE”

Analisi comparata del testo del 28/09/2011 rispetto al testo del 23/03/2011

<p>PROPOSTA DEL GOVERNO 2011 – TESTO UNIFICATO C. 278 E ABB. – SEDUTA DEL 23-03-2011</p>	<p>PROPOSTE EMENDATIVE DELLE REGIONI</p>	<p>NUOVA PROPOSTA DEL GOVERNO 2011 – TESTO UNIFICATO C. 278 E ABB. – SEDUTA DEL 28-09-2011</p>	<p>VALUTAZIONI DELLE REGIONI SUL NUOVO TESTO</p>
<p>Art. 1. <i>(Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche).</i></p> <p>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.</p> <p>2. Il governo delle attività cliniche delle aziende sanitarie locali, delle</p>	<p>Articolo 1 <i>(Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche).</i></p> <p><i>Per quanto concerne l'articolo 1 della nuova proposta questo mantiene gli stessi elementi di dettaglio normativo presenti nel vecchio testo; si ripropone pertanto il testo delle osservazioni già deliberato dalla Conferenza delle Regioni e PPAA in data 29.04.2009 e l'enunciazione dei principi fondamentali a cui si dovrebbe limitare la legge.</i></p> <p><i>Non spetta al livello centrale stabilire che la clinical governance</i></p>	<p>Art. 1. <i>(Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche).</i></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Art. 1. <i>(Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche)</i></p> <p><i>Nel nuovo testo son stati soppressi i commi 4 e 5. I commi 1-2-3 sono rimasti invariati e, pertanto la nuova proposta mantiene gli stessi elementi di dettaglio normativo presenti nel vecchio testo; si ripropone pertanto il testo delle osservazioni già deliberato dalla Conferenza delle Regioni e PPAA in data 29.04.2009 e l'enunciazione dei principi fondamentali a cui si dovrebbe limitare la legge.</i></p>

<p>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.</p> <p>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</p>	<p><i>sia il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del servizio Sanitario nazionale. Prevedere inoltre che tale governo venga assicurato da precisi organismi (collegio di direzione) è oltremodo invasivo dell'autonomia regionale in materia di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi.</i></p> <p><i>Il testo dovrebbe solo enunciare i principi fondamentali:</i></p> <p>Le regioni disciplinano l'organizzazione delle Aziende sanitarie secondo i principi del governo clinico e della partecipazione organizzativa degli operatori; principi che trovano espressione istituzionale nel Collegio di direzione, anche quale organo aziendale, e configurazione organizzativa nel dipartimento e nei suoi organismi.</p>	<p>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.</p> <p>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</p>	<p><i>Non spetta al livello centrale stabilire che la clinical governance sia il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del servizio Sanitario nazionale. Prevedere inoltre che tale governo venga assicurato da precisi organismi (collegio di direzione) è oltremodo invasivo dell'autonomia regionale in materia di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi.</i></p> <p><i>Il testo dovrebbe solo enunciare i principi fondamentali:</i></p> <p>Le regioni disciplinano l'organizzazione delle Aziende sanitarie secondo i principi del governo clinico e della partecipazione organizzativa degli operatori; principi che trovano espressione istituzionale nel Collegio di direzione, anche quale organo aziendale, e configurazione organizzativa nel dipartimento e nei suoi organismi</p>
---	--	--	---

<p>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.</p> <p>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</p>		<p>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.</p>	
---	--	--	--

<p>novembre 2002.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">Art. 2. <i>(Funzioni del Collegio di direzione).</i></p> <p>1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) all'articolo 2, comma 2-sexies, dopo la lettera b) è inserita la seguente:</p> <p>«b-bis) la composizione e le attività del Collegio di direzione di cui all'articolo 17;»;</p> <p>b) all'articolo 3, comma 1-quater:</p> <p>1) il primo periodo è sostituito dal seguente: «Sono organi dell'azienda il direttore generale, il Collegio di direzione e il collegio</p>	<p style="text-align: center;">Articolo 2 <i>(Funzioni del Collegio di direzione)</i></p> <p><i>La nuova formulazione dell'articolo 2 riporta correttamente alla competenza regionale la definizione della composizione e dei compiti del Collegio di direzione, ma mantiene altri elementi già censurati dalla Conferenza delle Regioni e PPAA.del 29.04.2009 a partire dall'inclusione del del Collegio di direzione fra gli organi dell'Azienda sanitaria.</i></p> <p><i>Alla luce delle suddette considerazioni l'articolo potrebbe essere riformulato nel modo</i></p>	<p style="text-align: center;">Art. 2. <i>(Funzioni del Collegio di direzione).</i></p> <p>1. Le regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda o nell'ente e disciplinandone le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali.</p> <p>2. Il Collegio di direzione, in particolare, concorre al governo</p>	<p style="text-align: center;">Articolo 2 <i>(Funzioni del Collegio di direzione)</i></p> <p><i>E' stato recepito l'emendamento proposto dalle Regioni a meno del periodo: “ed interviene nella programmazione e nella valutazione delle attività sanitarie, tecniche e di formazione.” in coda al comma 2.</i></p>
--	---	---	--

<p>sindacale»;</p> <p>2) il quinto periodo è sostituito dal seguente: «Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per le attività indicate all'articolo 17»;</p> <p>c) all'articolo 17, i commi 1 e 2 sono sostituiti dai seguenti:</p> <p>«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.</p> <p>2. La regione disciplina la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la</p>	<p><i>segunte:</i></p> <p>1. Le Regioni prevedono l'istituzione in seno alle Aziende ed agli Enti del Servizio sanitario regionale del Collegio di Direzione di cui all'art. 17 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione delle figure professionali, e disciplinandone le competenze ed i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri Organi aziendali.</p> <p>2. Il Collegio di Direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività ed allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende ed interviene nella programmazione e nella valutazione delle attività sanitarie, tecniche e di formazione.</p>	<p>delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività e allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende.</p>	
---	---	--	--

<p>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.».</p> <p style="text-align: center;">Art. 3. <i>(Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali).</i></p> <p>1. All'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>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-</p>	<p style="text-align: center;">Articolo 3 <i>(Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali)</i></p> <p><i>L'impianto normativo della nuova proposta, pur contenendo minori vincoli di dettaglio rispetto al testo precedente, mantiene ancora molti elementi di dettaglio destinati a produrre una conflittualità con le normative regionali vigenti. Si valuta positivamente che viene in gran parte rimosso il conflitto tra autonomia regionale e funzioni attribuite ad AGENAS.</i></p> <p><i>Viene introdotto tra i requisiti del direttore generale l'indispensabile provenienza delle competenze gestionali dal settore sanitario, elemento restrittivo non</i></p>	<p style="text-align: center;">Art. 3. <i>(Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali).</i></p> <p>1. Le regioni provvedono alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale nel rispetto dei termini e dei requisiti già previsti dagli articoli 3 e 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, garantendo adeguate misure di pubblicità delle nomine e di trasparenza nella valutazione degli aspiranti, nonché il possesso da parte degli aspiranti medesimi di un diploma di laurea e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane,</p>	<p style="text-align: center;">Articolo 3 <i>(Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali)</i></p> <p><i>E' stato recepito l'emendamento proposto dalle Regioni salvo che nella nuova proposta è stato aggiunto in coda al comma 1 il seguente periodo:</i></p> <p><i>“nonché il possesso da parte degli aspiranti medesimi 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.”</i></p> <p><i>che riformula l'articolo 3-bis per quanto riguarda i requisiti dei direttori generali, introducendo piccole modifiche. Di seguito si</i></p>
---	---	--	--

<p>octies, sulla base di una procedura selettiva disciplinata dalle regioni nel rispetto dei seguenti principi:</p> <p>a) pubblicità dell'attivazione delle procedure per la copertura dei posti vacanti;</p> <p>b) trasparenza delle procedure e dei criteri adottati per la valutazione degli aspiranti;</p> <p>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».</p> <p>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</p>	<p><i>condivisibile.</i></p> <p><i>Si propone invece un emendamento che rinvii la disciplina specifica alla competenza delle singole amministrazioni regionali e PPAA, sulla base di principi guida per la selezione dei candidati che assicurino specifico rilievo al profilo da selezionare, alle modalità di aggiornamento dell'elenco degli idonei, alla trasparenza della procedura, alla valutazione preliminare e successiva alla nomina. L'articolo potrebbe essere riformulato nel modo seguente:</i></p> <p>1. Le Regioni provvedono alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale nel rispetto dei termini e dei requisiti già previsti dagli artt. 3 e 3-bis del d.lgs 502/1992 e successive modificazioni, garantendo adeguate misure di pubblicità delle nomine e di trasparenza nella valutazione degli aspiranti</p> <p>2. Le Regioni prevedono altresì alla definizione di criteri e di sistemi di valutazione e verifica dell'attività dei direttori generali</p>	<p>tecniche o finanziarie.</p> <p>2. Le regioni provvedono altresì alla definizione di criteri e di sistemi di valutazione e verifica dell'attività dei direttori generali, sulla base di obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia e alla funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali.</p>	<p><i>riporta il testo dell'articolo 3-bis comma 3 del d.lgs. 502/92.</i></p> <p><i>Requisiti richiesti per la nomina dei direttori generali:</i></p> <p>a) diploma di laurea;</p> <p>b) esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.</p> <p><i>In particolare manca il vincolo che l'attività quinquennale di direzione sia stata svolta negli ultimi dieci anni.</i></p>
---	--	--	---

<p>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».</p> <p>2. Il terzo periodo del comma 6 dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992 è abrogato.</p> <p style="text-align: center;">Art. 4. <i>(Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura).</i></p> <p>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</p>	<p>sulla base di obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari ed al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati ed avvalendosi dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali.</p> <p style="text-align: center;">Articolo 4 <i>(Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura)</i></p> <p><i>Anche nella nuova formulazione del testo si riscontrano gli elementi di forte contrasto in relazione al dettaglio dell'intervento normativo ed all'invasione delle competenze regionali.</i></p> <p><i>Restano invariate le affermazioni circa i principi fondamentali</i></p>	<p style="text-align: center;">Art. 4. <i>(Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura).</i></p> <p>1. Le regioni, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, sulla base dei seguenti principi: a) la selezione viene effettuata da una commissione presieduta dal</p>	<p style="text-align: center;">Art. 4. <i>(Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura).</i></p> <p><i>E' stato recepito l'emendamento proposto dalle Regioni per quanto riguarda la disciplina del conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa</i></p>
---	---	---	--

<p>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,</p>	<p><i>condivisibili di un eventuale approccio normativo.</i> <i>L'articolo potrebbe essere riformulato nel modo seguente:</i> Le regioni, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, sulla base dei seguenti principi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'attribuzione dell'incarico è effettuata dal Direttore generale previo avviso di cui l'Azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità (<i>oppure più esplicitamente:</i> da pubblicare sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana), con idoneo anticipo rispetto alla vacanza dell'incarico stesso; 1. la selezione viene effettuata da una commissione, presieduta dal Direttore sanitario e composta da due direttori di struttura complessa individuati tramite sorteggio da elenchi nominativi predisposti dalla Regione; 2. la commissione riceve 	<p>direttore sanitario e composta da due direttori di struttura complessa individuati tramite sorteggio da elenchi nominativi predisposti dalla regione interessata;</p> <p><i>b)</i> la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare e, successivamente, seleziona una terna di candidati sulla base dell'analisi comparativa dei <i>curriculum</i>, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio. Il direttore generale individua il candidato da nominare sulla base della terna predisposta dalla commissione.</p> <p>2. 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. Negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, il direttore scientifico, per le parti di propria competenza, è responsabile delle proposte da sottoporre al</p>	<p><i>(comma 1 dell'articolo).</i> <i>Al comma 2 della nuova proposta è disciplinato il conferimento degli incarichi di struttura semplice; il testo è identico a quello riportato nella proposta precedente (è stata stralciata la procedura dei conferimenti di responsabilità delle strutture semplici dipartimentali).</i> <i>Su tale aspetto le regioni non avevano formulato osservazioni.</i></p>
---	---	--	--

<p>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»;</p> <p>b) il comma 2 è sostituito dai seguenti:</p> <p>«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</p>	<p>dall'Azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare e successivamente seleziona una rosa di tre candidati sulla base dell'analisi comparativa dei curriculum, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio. Il direttore generale individua il candidato da nominare sulla base della rosa predisposta dalla commissione.</p>	<p>direttore generale per l'approvazione, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e delle leggi regionali vigenti in materia. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità 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.</p>	
---	--	--	--

<p>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.</p> <p>2-bis. L'incarico di direzione di struttura complessa ha una durata di cinque anni, con facoltà di</p>			
---	--	--	--

<p>rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve.</p> <p>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»;</p> <p>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 «.</p> <p>d) dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:</p> <p>«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».</p>			
---	--	--	--

<p style="text-align: center;">Art. 5. <i>(Valutazione dei dirigenti medici e sanitari).</i></p> <p>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</p>	<p style="text-align: center;">Art. 5. <i>(Valutazione dei dirigenti medici e sanitari).</i></p> <p><i>La nuova formulazione dell'articolo 5 è migliorativa rispetto alla precedente in quanto riporta le modalità di valutazione alla competenza delle regioni sulla base di linee guida approvate tramite Intesa sancita in Conferenza Stato regioni.</i></p>	<p style="text-align: center;">Art. 5. <i>(Valutazione dei dirigenti medici e sanitari).</i></p> <p>1. I dirigenti medici e sanitari 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 con lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e 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 gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle</p>	<p style="text-align: center;">Art. 5. <i>(Valutazione dei dirigenti medici e sanitari).</i></p> <p><i>Il nuovo testo lascia invariato il precedente salvo l'inclusione dei dirigenti sanitari a quanto normato dall'articolo per i dirigenti medici. È quindi riproponibile la valutazione espressa sul testo precedente:</i></p> <p><i>“La nuova formulazione dell'articolo 5 è migliorativa rispetto alla precedente in quanto riporta le modalità di valutazione alla competenza delle regioni sulla base di linee guida approvate tramite Intesa sancita in Conferenza Stato regioni.”</i></p>
--	---	--	---

<p>indici di soddisfazione degli utenti.</p> <p style="text-align: center;">Art. 6. (Dipartimenti).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>3. Le regioni disciplinano le competenze dei dipartimenti con</p>	<p style="text-align: center;">Art. 6. (Dipartimenti). Art. 7. (Responsabilità dei direttori di dipartimento).</p> <p><i>Anche nel nuovo testo normativo si mantengono sugli artt. 6 e 7 le stesse riserve delle Regioni in materia di dettaglio normativo ed invasività delle proprie competenze istituzionali.</i></p> <p><i>Sulla base delle suddette considerazioni si propone la soppressione dei due articoli o in alternativa riproporre la formulazione dei soli principi generali indicati nel documento delle Regioni del 29.04.2009, peraltro già sanciti dalla normativa vigente.</i></p>	<p>risorse.</p> <p style="text-align: center;">Art. 6. (Dipartimenti).</p> <p>1. Le regioni disciplinano l'organizzazione dei dipartimenti e la responsabilità dei direttori di dipartimento secondo i seguenti principi:</p> <p>a) l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle aziende sanitarie e ospedaliere;</p> <p>b) il direttore di dipartimento è nominato tra i direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento;</p> <p>c) il direttore di dipartimento è sovraordinato ai direttori di struttura complessa per gli aspetti gestionali attinenti il dipartimento e, di norma, mantiene la direzione della struttura di appartenenza.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 6. (Dipartimenti). Art. 7. (Responsabilità dei direttori di dipartimento).</p> <p><i>E' stato recepito l'emendamento proposto dalle Regioni che prevedeva l'accorpamento degli artt. 6 e 7 del testo del 23/03/2011</i></p>
--	---	---	---

<p>riferimento alle attività ospedaliere, territoriali e della prevenzione, nonché le modalità di assegnazione e di gestione delle relative risorse.</p> <p>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».</p> <p style="text-align: center;">Art. 7. <i>(Responsabilità dei direttori di dipartimento).</i></p> <p>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</p>	<p>Le Regioni disciplinano l'organizzazione dei dipartimenti e la responsabilità dei direttori di dipartimento secondo i seguenti principi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle aziende sanitarie e ospedaliere; 2. il direttore di dipartimento è nominato fra i direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; 3. il direttore di dipartimento è sovraordinato ai direttori di struttura complessa per gli aspetti gestionali attinenti il dipartimento e, di norma, mantiene la direzione della struttura di appartenenza; 		
--	--	--	--

<p>delle attività e di gestione delle risorse disponibili, concordato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale.</p> <p>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.</p> <p>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».</p>			
--	--	--	--

<p style="text-align: center;">Art. 8. <i>(Limiti di età).</i></p> <p>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».</p> <p>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».</p>	<p style="text-align: center;">Art. 8 <i>(Limiti di età)</i></p> <p><i>L'articolo ripropone misure che erano contenute nel ddl lavoro approvato nel 2010 (Delega al governo in materia di lavori usuranti), ma non entrano in vigore a seguito del mancato visto della Presidenza della Repubblica su altri temi.</i></p> <p><i>La disciplina della materia, in questo caso, è certamente di competenza statale.</i></p> <p><i>Tuttavia, si fanno presente l'inutilità se non i possibili effetti avversi dell'articolo per come ora formulato in base ad alcune considerazioni di merito, in quanto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>prevede l'allungamento fino ai settant'anni per lo svolgimento dell'attività assistenziale, incidendo negativamente sulle aspettative del restante personale medico del Ssn;</i> - <i>non risolve il problema della parificazione del regime del limite di età tra medici del Ssn e medici</i> 	<p style="text-align: center;">Art. 7. <i>(Limiti di età).</i></p> <p>1. I commi 1 e 2 dell'articolo 15- nonies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono sostituiti dai seguenti: «1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantasettesimo anno di età. A domanda dell'interessato, e su valutazione del Collegio di direzione, tale limite è stabilito al compimento del settantesimo anno di età.</p> <p>2. I professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assistenziali con il collocamento a riposo, fatto salvo quanto previsto dalla legge 4 novembre 2005, n. 230. I professori universitari, pur cessando dalle ordinarie attività assistenziali, se impegnati in progetti di ricerca clinica di carattere nazionale o internazionale, possono continuare a svolgere l'attività di ricerca</p>	<p style="text-align: center;">Art. 7. <i>(Limiti di età).</i></p> <p><i>L'art. 7 del nuovo testo corrisponde all'art. 8 del testo del 23/03/2011</i></p> <p><i>Al di là delle differenza introdotte nel nuovo testo resta valida l'osservazione presentata al testo del 23/03/2011 che a disciplina della materia, in questo caso, è certamente di competenza statale.</i></p>
---	--	---	--

<p style="text-align: center;">Art. 11. <i>(Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie).</i></p> <p>1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, anche attraverso forme di collaborazione interaziendale, alla programmazione e alla gestione 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,</p>	<p><i>universitari;</i> - <i>pregiudica, così come è formulato, ogni possibile valutazione da parte dell'Amministrazione di appartenenza sul mantenimento/prolungamento del rapporto, in deroga alle disposizioni vigenti e recentemente rafforzate nel d.l. 112/2008.</i></p> <p style="text-align: center;">Art. 11. <i>(Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie).</i></p> <p><i>L'articolo non presente nel precedente testo introduce un indirizzo alla programmazione regionale di dettaglio. Sarebbe più appropriato che tale misura fosse emanata nelle forme previste dall'ordinamento (intesa e/o accordo), magari all'interno del quadro degli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale.</i></p>	<p>prevista nel progetto».</p> <p style="text-align: center;">Art. 8. <i>(Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie).</i></p> <p>1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, anche attraverso forme di collaborazione interaziendale, alla programmazione e alla gestione delle tecnologie sanitarie, al fine di garantire un uso sicuro, efficiente</p>	<p style="text-align: center;">Art. 8. <i>(Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie).</i></p> <p><i>L'art. 8 del nuovo testo corrisponde all'art.11 del testo del 23/03/2011 in quanto gli artt. 9 e 10 relativi all'attività libero-professionale sono stati soppressi come richiesto dalle Regioni.</i></p> <p><i>L'articolo sulla programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie è praticamente invariato nelle due versioni. Rimane quindi ferma l'osservazione effettuata al testo del</i></p>
---	--	---	---

<p>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.</p> <p style="text-align: center;">Art. 12. <i>(Norma finale).</i></p> <p>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.</p> <p>2. Le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 2, primo periodo,</p>	<p style="text-align: center;">Art. 12. <i>(Norma finale).</i></p> <p><i>Il primo comma della norma finale prevede l'ambito di applicazione del quadro normativo, con intenti analoghi a quelli dell'articolo 12 del testo precedente; in tal senso è fortemente censurabile non rinviandone comunque l'attuazione</i></p>	<p>ed economico dei dispositivi medici e in particolare delle grandi apparecchiature e dei relativi impianti, i quali devono essere sottoposti a procedure di accettazione, ivi compreso il collaudo, nonché di manutenzione preventiva e correttiva e a verifiche periodiche di sicurezza, di funzionalità e di qualità. La programmazione e la gestione di cui al periodo precedente costituiscono la base per la formazione del personale nell'uso delle tecnologie sanitarie, nonché per l'eventuale acquisizione di nuove tecnologie.</p>	<p>23/03/2011:</p> <p><i>“L'articolo non presente nel precedente testo introduce un indirizzo alla programmazione regionale di dettaglio. Sarebbe più appropriato che tale misura fosse emanata nelle forme previste dall'ordinamento (intesa e/o accordo), magari all'interno del quadro degli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale.”</i></p> <p style="text-align: center;">Art. 12. <i>(Norma finale).</i></p> <p><i>La norma finale è stata soppressa come richiesto dalle Regioni.</i></p>
--	--	--	--

<p>all'articolo 2, comma 1, lettera b) e lettera c), capoverso 2, dalle parole: «, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e del direttore amministrativo» fino alla fine del capoverso, all'articolo 3, comma 1, lettera a), capoverso lettera c), dalle parole: «almeno quinquennale» fino alla fine del capoverso, all'articolo 4, comma 1, lettera a), capoverso 1, secondo, terzo, quinto e sesto periodo, e lettera b), capoverso 2, all'articolo 5, comma 1, secondo periodo, all'articolo 6, all'articolo 7, all'articolo 9, comma 2, lettera c) e all'articolo 10, comma 2, lettera c) si applicano fino alla data di entrata in vigore delle disposizioni adottate dalle regioni in attuazione dei principi fondamentali dettati dalla presente legge.</p>	<p><i>alle regioni competenti.</i></p> <p><i>Il secondo comma fornisce l'elenco delle disposizioni della legge che si applicano fino alla data di entrata in vigore delle normative regionali adottate in attuazione dei principi fondamentali dettati dalla legge stessa, risolvendo almeno parzialmente, il meno rilevante dei conflitti di attribuzione delle competenze sollevato dalle regioni, ovvero quello che si verifica in caso di mancata presenza di disposizione regionale attuativa delle disposizioni normative nelle materie di seguito elencate. Restano invece aperti i conflitti che si instaurerebbero in caso di disposizioni normative regionali previgenti.</i></p>		