



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

11/19/CR3b/C7

OSSERVAZIONI ALLA PROPOSTA DI TESTO UNIFICATO C. 278 E ABB. – SEDUTA DEL 23 MARZO 2011

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

PROPOSTA GOVERNO DEL 2009 - TESTO UNIFICATO C. 799 E ABB.	OSSERVAZIONI DELLE REGIONI – APPROVATE IN SEDE DI CONFERENZA REGIONI E P.A. DEL 29 APRILE 2009 PER SUCCESSIVA AUDIZIONE	NUOVA PROPOSTA DEL GOVERNO 2011 – TESTO UNIFICATO C. 278 E ABB. – SEDUTA DEL 23 MARZO 2011	PROPOSTE EMENDATIVE DELLE REGIONI
<p>Art. 1. <i>(Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche).</i></p> <p>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</p>	<p>Articolo 1</p> <p>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</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>Articolo 1</p> <p><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</i></p>

<p>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.</p> <p>2. La <i>clinical governance</i> 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;</p> <p>3. Il governo delle attività cliniche consiste nella programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-</p>	<p>precisi organismi (collegio di direzione) è oltremodo invasivo dell'autonomia regionale in materia di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi.</p> <p><u>Principi fondamentali:</u></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>2. Il governo delle attività cliniche delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico, nonché delle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è attuato con la partecipazione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge. Nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, le regioni definiscono le soluzioni organizzative più adeguate per la presa in carico integrale dei bisogni socio-sanitari e per la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale.</p> <p>3. Il governo delle attività cliniche garantisce, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri</p>	<p><i>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 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</p>
---	---	--	--

<p>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.</p>		<p>per la finanza pubblica, il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali relativi all'assistenza al cittadino, assicurando il miglioramento continuo della qualità e nel rispetto dei principi di equità, di appropriatezza e di universalità nell'accesso ai servizi. A tal fine le regioni prevedono il coinvolgimento dei comuni, attraverso la conferenza dei sindaci, nelle funzioni programmatiche. Le regioni promuovono altresì forme e strumenti di partecipazione democratica nella fase di programmazione delle politiche socio-sanitarie mediante il coinvolgimento delle associazioni di tutela dei diritti.</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 novembre</p>	<p>nel Collegio di direzione, anche quale organo aziendale, e configurazione organizzativa nel dipartimento e nei suoi organismi.</p>
--	--	---	--

<p style="text-align: center;">Art. 2. <i>(Modifiche agli articoli 3 e 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).</i></p> <p>1. Al comma 1-<i>quater</i> dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p><i>a)</i> il primo periodo è sostituito dal seguente: «Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale»;</p> <p><i>b)</i> il quinto periodo è sostituito dal seguente: «Il direttore</p>	<p style="text-align: center;">Articolo 2</p> <p>In merito agli organi dell'azienda la lett. a) del primo comma include anche il collegio di direzione, mentre ai sensi della normativa vigente, si ritiene debba essere la regione a decidere nella propria autonomia.</p> <p>Risulta comunque palesemente lesiva delle prerogative regionali il dettaglio della composizione proposta.</p> <p><u>Principi fondamentali:</u></p> <p>❖ Le regioni disciplinano</p>	<p>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-<i>sexies</i>, dopo la lettera b) è inserita la seguente: «b-<i>bis</i>) la composizione e le attività del Collegio di direzione di cui all'articolo 17;»;</p> <p>b) all'articolo 3, comma 1-<i>quater</i>:</p> <p>1) il primo periodo è sostituito dal seguente: «Sono organi dell'azienda il direttore generale, il Collegio di direzione e il collegio sindacale»;</p> <p>2) il quinto periodo è sostituito dal seguente: «Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per le</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 seguente:</i></p> <p>1. Le Regioni prevedono</p>
--	--	--	--

<p>generale si avvale del collegio di direzione per le attività indicate all'articolo 17».</p> <p>c) dopo il comma 1-<i>quinquies</i> è inserito il seguente:</p> <p>«<i>I-sexies</i>. 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.»;</p> <p>2. Le decisioni del direttore generale eventualmente assunte in contrasto con il parere del collegio di direzione sono adottate con</p>	<p>relativamente al Collegio di direzione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la composizione; 2. le competenze ed i criteri di funzionamento, anche con natura di organo dell'Azienda; 3. le forme e le modalità delle relazioni con gli organi aziendali; 4. la partecipazione alla pianificazione delle attività ed allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda. 	<p>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 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</p>	<p>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>provvedimento motivato;</p> <p>3. La responsabilità sugli atti proposti con parere obbligatorio al direttore generale è condivisa tra il direttore generale e il collegio di direzione.</p> <p>4. Il comma 2 dell'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:</p> <p>«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 ad 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</p>		<p>direzione con la partecipazione di rappresentanze delle figure professionali presenti nell'azienda.».</p>	
--	--	--	--

<p>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.».</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 style="padding-left: 20px;">a) al comma 2, dopo il primo</p>	<p style="text-align: center;">Articolo 3</p> <p>L'attuale legislazione nazionale, nel delineare i principi generali che regolano l'intero procedimento di selezione, valutazione e nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere, risulta già fortemente dettagliata. Nel quadro normativo complessivo, le regioni hanno già esercitato la propria potestà legislativa concorrente.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 3.</p> <p><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</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</i></p>
---	---	---	---

<p>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 <i>internet</i>, l'attivazione delle procedure per la copertura delle vacanze dei posti di direttore generale delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere»;</p> <p>b) il comma 3 è sostituito dal seguente:</p> <p>«3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:</p> <p>a) diploma di laurea;</p> <p>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;</p> <p>c) certificato di frequenza di un corso di formazione in materia</p>	<p>Risultano pertanto confliggenti con il potere legislativo già esercitato dalle Regioni ulteriori disposizioni di modifica e di integrazione da parte del legislatore nazionale, che determinerebbero da parte delle Regioni l'assunzione di iniziative di tutela dei propri diritti costituzionali.</p> <p>Nel merito della proposta governativa, le Regioni non condividono assolutamente l'impostazione dell'articolo che ridefinendo in maniera complessiva la procedura di nomina dei Direttori Generali con una norma di livello nazionale, comporta la necessità di un adeguamento normativo di livello regionale anche per quelle amministrazioni che, nel quadro di una legittima competenza costituzionale, hanno già disciplinato con norme regionali specifiche ed efficaci apposite procedure di selezione per la nomina.</p> <p>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</p>	<p>seguito: «1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati, entro il termine perentorio di 60 giorni dalla data di vacanza dell'ufficio scaduto il quale si applica l'articolo 2, comma 2- octies, sulla base di una procedura selettiva disciplinata dalle regioni nel rispetto dei seguenti principi:</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</p>	<p><i>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 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</p>
---	---	--	---

<p>di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitarie. I corsi di formazione sono organizzati, con oneri a carico dei partecipanti, dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).</p> <p>I direttori generali in servizio possono conseguire l'attestato di frequenza del suddetto corso entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge.</p> <p>I corsi possono essere organizzati anche in ambito regionale o interregionale in collaborazione con le università o con altri soggetti pubblici o privati accreditati.</p> <p>Le regioni rendono noti, adottando misure di pubblicità e trasparenza, accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti <i>internet</i>, i <i>curricula</i> degli aspiranti medesimi»;</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>Risultano invece particolarmente lesive delle competenze regionali le diverse funzioni attribuite all'AGENAS che vanno ricondotte all'ambito regionale.</p> <p><u>Principi fondamentali:</u></p> <p>❖ Sono stabiliti al livello nazionale i requisiti necessari per la nomina a Direttore generale delle aziende sanitarie, prevedendo eventualmente anche l'istituzione – sempre a livello nazionale - di un elenco unico contenente tutti coloro che, avendone fatta domanda, siano in possesso dei suddetti requisiti. Le regioni che procedono alla nomina di un Direttore generale, dovranno preventivamente</p>	<p>sostituito dal seguente: «Le regioni determinano preventivamente i criteri e i sistemi di valutazione e di verifica dell'attività dei direttori generali e del raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia e alla funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio, anche alla luce degli elementi e dei dati forniti dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e al rispetto dei principi di cui al titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150».</p> <p>2. Il terzo periodo del comma 6 dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992 è abrogato.</p>	<p>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 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>curato dall'AGENAS.»</p> <p>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.»;</p> <p>f) al comma 6 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Il provvedimento che conferma o meno il direttore generale deve</p>	<p>accertarne l'iscrizione all'elenco nazionale;</p> <p>❖ Fermo restando quanto al punto precedente le regioni disciplinano:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. le procedure per la nomina dei direttori generali, garantendo, relativamente ad esse, adeguate misure di pubblicità e di trasparenza accessibili al pubblico; 2. i criteri ed i sistemi di valutazione e verifica dell'attività dei direttori generali sulla base di obiettivi definiti e quantificati nel quadro della programmazione regionale, (con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari e rispetto agli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati con la 		
---	---	--	--

<p>essere adeguatamente motivato e deve essere pubblicato sui siti <i>internet</i> della regione e dell'azienda sanitaria interessata»;</p> <p>2. il metodo di valutazione utilizzato è scientificamente validato con criteri legati agli obiettivi assegnati contrattualmente al manager;</p>	<p>Regione).</p> <p>L'AGENAS collabora con le regioni per lo studio e la definizione delle più idonee metodologie valutative, la cui concreta adozione è rimessa all'autonoma decisione di ogni singola Regione. L'AGENAS svolge altresì compiti di monitoraggio ed a tal fine le regioni sono tenute nei suoi confronti alla trasmissione (annuale) dei criteri e sistemi di valutazione utilizzati e degli esiti delle valutazioni dei Direttori generali.</p> <p>Per quanto concerne gli articoli di seguito indicati, per i quali non sono assolutamente condivisibili né</p>		
--	---	--	--

	<p>gli elementi normativi di dettaglio né le linee di delega esplicitate, in quanto lesive delle prerogative regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 “Nomina dei dirigenti di struttura semplice complessa e di dipartimento”, - 5 “Valutazione dei dirigenti di struttura complessa e dei direttori di dipartimento”, - 6 “Dipartimenti”, - 7 “Responsabilità dei direttori di dipartimento”, <p>Può essere utile un approfondimento che consenta di ripristinare il delicato equilibrio tra normativa di principio ed indirizzi concertati sui risultati da conseguire sul versante organizzativo, con particolare riferimento ai seguenti punti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutazione della performance; • trasparenza nei procedimenti di conferimento degli incarichi di direzione; • ruolo dell’Agenzia nazionale nei processi di supporto alla governance del sistema dei servizi, nel 		
--	--	--	--

<p style="text-align: center;">Art. 4. <i>(Modifica all'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).</i></p> <p>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</p>	<p>monitoraggio dei processi gestionali, nel controllo direzionale, nei processi formativi, nella ricerca, innovazione e sviluppo.</p> <p>Si esprime particolare contrarietà alle funzioni attribuite all'AGENAS, alla presenza di commissari universitari nelle commissioni per il conferimento degli incarichi nelle Aziende ospedaliere universitarie e alla nomina in capo esclusivamente all'università dei direttori di unità operative a direzione universitaria.</p> <p style="text-align: center;">Art. 4</p> <p><u>Principi fondamentali:</u></p> <p>❖ La legge statale disciplina i principi fondamentali per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, riservando alla contrattazione collettiva¹ le definizioni dei criteri per il conferimento degli incarichi</p>	<p style="text-align: center;">Art. 4.</p> <p><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:</p> <p>a) il comma 1 è sostituito dal seguente: «1. Le regioni, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione</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 condivisibili di un eventuale</i></p>
--	--	---	---

¹ Si vedano al riguardo: articoli da 26 a 28 del CCNL 8 giugno 2000 per l'Area della dirigenza medica e veterinaria.

<p>modificazioni, e salva la potestà legislativa regionale, da esercitare in base ai princìpi desumibili dalla legislazione statale vigente in materia, al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) all'articolo 15-ter, il comma 1 è sostituito dal seguente:</p> <p>«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</p>	<p>di direzione di struttura semplice e di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo;</p> <p>❖ 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 princìpi:</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; 2. la selezione viene effettuata da una 	<p>vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, disciplinano le modalità per l'affidamento degli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, e per l'attribuzione dei compiti professionali e delle funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nel quadro e secondo le modalità definite dalla contrattazione collettiva nazionale. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal direttore generale, sentito il direttore della struttura complessa di afferenza, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, sentito il direttore sanitario, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il direttore scientifico, per le parti di propria competenza, è responsabile delle proposte da sottoporre al direttore generale per</p>	<p><i>approccio normativo.</i></p> <p><i>L'articolo potrebbe essere riformulato nel modo seguente:</i></p> <p>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 princìpi:</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; 4. 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
---	--	--	--

<p>al citato articolo 15, comma 5. Gli incarichi di struttura semplice sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del dirigente.</p> <p>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»;</p> <p>b) Il comma 2 dell'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:</p> <p>«2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale esclusivamente previo avviso da pubblicare nella <i>Gazzetta Ufficiale</i>, di norma tre mesi prima che il posto si renda vacante. A tale fine, il direttore generale nomina una commissione</p>	<p>commissione, presieduta dal Direttore sanitario e composta da due direttori di struttura complessa individuati tramite sorteggio da elenchi nominativi predisposti dalla Regione;</p> <p>3. la commissione riceve 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</p>	<p>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 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</p>	<p>dalla Regione;</p> <p>5. la commissione riceve 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>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</p>	<p>commissione.</p>	<p>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 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,</p>	
--	---------------------	---	--

<p>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».</p> <p>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».</p> <p style="text-align: center;">Art. 5 <i>(Valutazione dei dirigenti medici di struttura complessa e dei direttori di dipartimento)</i></p> <p>1. Gli strumenti valutativi dei dirigenti sanitari di struttura complessa e dei direttori di</p>	<p style="text-align: center;">Art. 5</p> <p>Circa la valutazione dei dirigenti il nucleo del problema non pare essere quello della carenza di criteri e strumenti quanto piuttosto quello di svolgerla effettivamente e di coinvolgere nel relativo processo, non solo formalmente, i diversi</p>	<p>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</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</i></p>
---	--	--	--

<p>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.</p> <p style="text-align: center;">Art. 6. (Dipartimenti).</p>	<p>livelli di responsabilità aziendali. La norma statale si potrebbe quindi limitare a far riferimento a quanto già previsto, in termini di criteri, metodologie e organismi alle (sovrabbondanti) norme contrattuali in materia.</p> <p>N.B.: Il CCNL 17 ottobre 2007 per l’Area della dirigenza medica e veterinaria contiene un intero Capo (IV), composto di ben 8 articoli (dal 25 al 32) che si occupa minuziosamente di tale tematica.</p> <p style="text-align: center;">Art. 6 e Art. 7</p> <p><u>Principi fondamentali:</u></p>	<p>principi del titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, sulla base di linee guida, approvate tramite intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell’articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, su proposta del Ministro della salute. Gli strumenti per la valutazione dei dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati e prevedono la valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l’uso appropriato delle risorse, nonché indici di soddisfazione degli utenti.</p> <p style="text-align: center;">Art. 6. (Dipartimenti).</p>	<p><i>in Conferenza Stato regioni.</i></p> <p style="text-align: center;">Art. 6. (Dipartimenti).</p> <p style="text-align: center;">Art. 7. (Responsabilità dei direttori di</p>
--	---	---	---

<p>1. L'articolo 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:</p> <p>«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 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.</p> <p>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</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 al dipartimento e, di norma, mantiene la direzione della struttura di appartenenza; 	<p>1. L'articolo 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:</p> <p>«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 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>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>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
---	--	--	--

<p>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 operativa complesse dell'Azienda, partecipa alla programmazione, alla realizzazione, al monitoraggio e alla verifica delle attività dipartimentali.</p> <p>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.</p> <p>Art. 7 (Responsabilità dei direttori di dipartimento)</p>			<p>direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento;</p> <p>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> <p>Art. 7. (Responsabilità dei direttori di</p>
--	--	--	--

<p>1. Nel titolo V del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo l'articolo 17-bis, è aggiunto il seguente:</p> <p>«Art. 17-ter. - (<i>Responsabilità dei direttori di dipartimento</i>). - 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.</p> <p>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</p>		<p><i>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:</p> <p>«Art. 17-ter. - (<i>Responsabilità dei direttori di dipartimento</i>). - 1. Il direttore di dipartimento è responsabile sul piano gestionale e organizzativo delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi di risultato. A tal fine, il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e di gestione delle risorse disponibili, concordato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale.</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</p>	
--	--	---	--

<p>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. 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-<i>nonies</i> 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</p>	<p style="text-align: center;">Art. 8</p> <p>La disciplina della materia, di competenza statale, deve tendere a parificare il regime dei limiti di età per lo svolgimento dell'attività assistenziale fra medici del SSN e medici universitari prevedendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ per i dirigenti medici e sanitari del SSN il collocamento a riposo a 65 anni, fermo restando l'allungamento di 2 anni previsto dall'art. 16 del D.lgs. n. 503/92, come modificato dal comma 7 dell'art. 72 del D.L. n. 112/08 nel senso di assegnare all'amministrazione la facoltà di accogliere la 	<p>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-<i>nonies</i> del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituiti dai seguenti:</p> <p>«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</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> <p><i>- prevede l'allungamento fino ai settant'anni per lo svolgimento dell'attività assistenziale,</i></p>
--	--	--	---

<p>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.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">Art. 9 <i>(Modifiche all'articolo 72 del DL del 25/06/2008 n. 112)</i></p> <p>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</p>	<p>richiesta di allungamento sulla base delle proprie esigenze organizzative e funzionali;</p> <p>❖ per il personale medico universitario, cessazione dalle attività assistenziali e dalla direzione delle strutture assistenziali, ugualmente a 65 anni, con possibilità di allungamento di 2 anni, d'intesa fra Azienda sanitarie e Università, sulla base dei medesimi criteri di cui al punto precedente.</p> <p style="text-align: center;">Art. 9</p> <p>Si ripropone con scrittura diversa, ma con effetti identici, quanto già introdotto con l'art. 6, comma 3 della L. n. 15/2009. In sostanza i 40 anni di anzianità a seguito dei quali le PA possono disporre la risoluzione del rapporto di lavoro, previa preavviso, sono solo quelli di servizio effettivo (di fatto senza i periodi riscattati). La norma è quindi inutile essendo</p>	<p>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>L'articolo 9 della proposta del Governo del 2009 risulta soppresso nell'attuale testo.</p> <p>Di conseguenza gli articoli successivi sono disallineati.</p>	<p><i>incidendo negativamente sulle aspettative del restante personale medico del Ssn;</i></p> <p><i>- non risolve il problema della parificazione del regime del limite di età tra medici del Ssn e medici universitari;</i></p> <p><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><i>servizio di 40 anni esclusi i periodi di riscatto”, fatto salvo quanto previsto dall’articolo 8 della presente legge.</i></p> <p style="text-align: center;">Art. 10 <i>(Produttività del servizio e attività professionale dei medici)</i></p> <p>1. Le Regioni disciplinano l’attività libero professionale dei dirigenti sanitari del servizio sanitario nazionale nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:</p> <p>a) I dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale intrattengono con lo stesso un unico rapporto di lavoro.</p> <p>b) Compete a tali dirigenti, anche se incaricati della direzione di strutture complesse, il diritto ad 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</p>	<p>la fattispecie stata oggetto di legge già vigente.</p> <p style="text-align: center;">Articoli 10 e 11</p> <p>Mentre è assolutamente condivisibile l’attribuzione alle regioni della disciplina del settore specifico prevista all’articolo 10, la stessa impostazione deve essere seguita per quanto riguarda l’articolo 11 sulla libera professione intramuraria degli infermieri.</p> <p style="text-align: center;">Art. 10</p> <p>Sulla materia possono essere utilizzati i principi fondamentali in materia di libera professione intramoenia già stabiliti nel comma 4 dell’art. 1 della L. n. 120/07.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 9.</p> <p><i>(Attività libero-professionale dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale).</i></p> <p>1. Le regioni disciplinano l’attività libero-professionale dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:</p> <p>a) il dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale intrattiene con lo stesso un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il medesimo Servizio sanitario nazionale;</p> <p>b) l’esercizio dell’attività libero-professionale del dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale è compatibile con il rapporto unico d’impiego, purché sia espletato fuori dell’orario di lavoro</p>	<p style="text-align: center;">Art. 9</p> <p><i>(Attività libero-professionale dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale).</i></p> <p><u>Da sopprimere (unitamente al successivo art.10)</u></p> <p><i>Pur condividendo ed apprezzando il rinvio alle competenze regionali in materia, gli articoli proposti si ritengono inutili e senza alcun valore aggiunto all’interesse pubblico proprio dei servizi sanitari regionali, in quanto:</i></p> <p>a) <i>contengono principi e disposizioni (unicità del rapporto di lavoro, incompatibilità, indennità di esclusività, ecc.) già abbondantemente suffragate dall’ordinamento giuridico e contenute da tempo in norme statali e regionali;</i></p> <p>b) <i>possono invece in alcuni casi ingenerare dubbi ed equivoci derivanti da una terminologia non corretta ed usata in modo distinto nell’art. 10 dall’art. 11</i></p>
--	--	---	---

<p>sanitario nazionale.</p> <p>c) L'attività libero-professionale deve essere svolta al di fuori dell'orario di servizio, e può esercitarsi nella forma singola e/o di equipe. Il luogo di esercizio della medesima è scelto dal dirigente interessato, all'interno (intramoenia) o all'esterno (extramoenia) della struttura di appartenenza.</p> <p>2. Le modalità di esercizio sono definite dalle Regioni nel rispetto dei seguenti principi:</p> <p>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.</p> <p>b) La tariffa professionale per l'intramoenia è definita, previo accordo quadro</p>		<p>all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con esclusione delle strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale;</p> <p>c) il dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale può svolgere l'attività libero-professionale nelle seguenti forme: con rapporto non esclusivo; con rapporto esclusivo e attività libero-professionale intramuraria; con rapporto esclusivo e attività libero-professionale intramuraria in studi professionali, di seguito denominata «intramuraria allargata»;</p> <p>d) il dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale esercita il suo diritto allo svolgimento dell'attività libero-professionale in una delle forme di cui alla lettera c);</p> <p>e) le aziende sanitarie locali e ospedaliere assicurano l'accessibilità alle cure sanitarie necessarie a chiunque ne faccia richiesta secondo i principi di universalità e di equità che regolano il Servizio sanitario nazionale.</p> <p>2. Le regioni disciplinano le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale nel rispetto dei seguenti principi:</p>	<p><i>(solo in quest'ultimo, ad esempio si parla di conflitto di interessi)</i></p> <p><i>c) appare opportuno che la materia, le cui fonti sono come già detto adeguatamente rinvenibili, sia rimessa per alcuni profili alla contrattazione collettiva, per altri alle modalità organizzative stabilite dalle Regioni e dalle stesse Aziende e, in considerazione delle ricadute operative e gestionali che presenta la regolamentazione dell'attività libero-professionale; tale profilo, peraltro, è stato ben presente alla Corte Costituzionale quando ha affermato la competenza regionale nell'assumere indicazioni normative in materia.</i></p> <p><i>d) proprio in questo senso, è stato di recente stipulato un Accordo tra Stato e Regioni (n. 198 del 18 novembre 2010), che ha rimesso alla competenza regionale la disciplina delle modalità di esercizio dell'attività libero-professionale, nel rispetto di alcuni principi condivisi che ora vengono riproposti, ma anche derogati, nell'art. 10; tale articolo, pertanto, è inutile ed a</i></p>
---	--	---	---

<p>aziendale con le OSS della dirigenza medica firmatarie del CCNL, dal singolo dirigente, in contraddittorio con l'Azienda.</p> <p>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.</p> <p>d) L'esercizio libero</p>		<p>a) al fine di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale, nonché di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, nel rispetto dei piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale, il volume delle prestazioni dell'attività libero-professionale non deve superare, per ciascun dipendente, quello assicurato per i compiti istituzionali e non deve prevedere un impegno orario superiore al 50 per cento di quello richiesto in attuazione del rapporto di servizio con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera per lo svolgimento dei compiti istituzionali;</p> <p>b) la tariffa professionale per l'attività libero-professionale è definita, previo accordo quadro aziendale con le organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria firmatarie del contratto collettivo nazionale di lavoro, dal singolo dirigente, d'intesa con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera, in misura tale da coprire tutti i costi, diretti e indiretti, dell'attività medesima. Le tariffe devono essere comprensive di tutti i costi sostenuti dalle aziende e devono evidenziare le voci relative ai</p>	<p><i>tratti contraddittorio con l'impegno assunto dal Governo nell'ambito della leale collaborazione con le Regioni;</i></p> <p><i>e) si "normalizza" l'attività libero-professionale intramuraria allargata, esaltando le possibilità di opzione dei professionisti e imponendo a Regioni ed aziende di subire tali scelte, in contrasto con le prerogative organizzative delle Aziende e con le politiche perseguite in questi anni e volte a creare spazi e modalità interni alle aziende per l'esercizio dell'alp, per i quali sono stati previsti ingenti finanziamenti;</i></p> <p><i>f) peraltro, tale forma, già di per sé impropria ed incongrua, sfugge ad una precisa regolamentazione, in quanto non si capisce nemmeno se alla gestione dei pagamenti provveda in maniera diretta il professionista o se residui una titolarità di attività in capo all'azienda nei compiti di prenotazione e riscossione. Inoltre: chi fa le convenzioni? Le opzioni possono essere variate a piacimento dell'interessato? Ulteriore criticità è</i></p>
--	--	--	---

<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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 ed organizzative dell'Azienda.</p>		<p>compensi del libero professionista, dell'equipe e del personale di supporto nonché i costi pro quota per l'ammortamento e per la manutenzione delle apparecchiature;</p> <p>c) è facoltà dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera non attivare, o attivare solo parzialmente, la libera professione intramuraria. In caso di attivazione, la stessa è gestita dall'azienda mediante un centro unico di prenotazione, con spazi e con liste separati e distinti tra attività istituzionale e attività libero-professionale, con pagamento delle prestazioni e con ripartizione dei proventi secondo modalità e termini fissati da linee guida regionali;</p> <p>d) l'esercizio dell'attività libero-professionale svolto all'esterno delle strutture aziendali non deve comportare oneri per l'azienda sanitaria locale od ospedaliera né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa. Tale attività è consentita presso studi professionali privati, anche in forma associata tra più sanitari dipendenti del Servizio sanitario nazionale, oppure presso strutture private non convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale;</p>	<p><i>rappresentata dalla definizione del limite del 50% del debito orario: un professionista potrebbe dunque in linea teorica lavorare fino a 57 ore settimanali, a discapito della performance che può essere resa con tale volume di prestazioni;</i></p> <p><i>g) alla luce dei dubbi sopra esposti, appare opportuno che l'introduzione della libera professione per le professioni sanitarie venga rinviata ad un momento nel quale le regole sono meglio stabilizzate e definite</i></p>
---	--	--	---

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

		<p>libero-professionale, in caso di violazione, da parte dei dirigenti, delle disposizioni di legge e delle modalità di esercizio dell'attività libero-professionale, come definite dalle regioni ai sensi del presente articolo;</p> <p>g) ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo è attribuita un'indennità di esclusività nella misura e nei limiti delle risorse destinate alla contrattazione collettiva; tale indennità non è revocabile, ad esclusione del caso di opzione per il rapporto di lavoro non esclusivo; in tale ipotesi, essa non è destinabile dalle aziende sanitarie ad altre funzioni e costituisce risparmio aziendale;</p> <p>h) le modalità di svolgimento dell'attività libero-professionale sono stabilite dal direttore generale con regolamento aziendale, in conformità alle linee guida regionali di cui alla lettera c) e alle previsioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro;</p> <p>i) nello svolgimento dell'attività libero-professionale non è consentito l'uso del ricettario del Servizio sanitario nazionale.</p> <p>3. I risultati conseguiti nell'esercizio dell'attività di controllo di cui al comma 2, lettera e), sono inviati trimestralmente dalle regioni al</p>	
--	--	---	--

<p style="text-align: center;">Art. 11 <i>(Libera professione intramuraria degli infermieri)</i></p> <p>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 ad esercitare la libera professione intramuraria, come previsto</p>	<p style="text-align: center;">Art. 11</p> <p>La disposizione, diversamente da quanto si potrebbe intendere dalla rubrica che parla di libera professione (terminologia comunque pericolosa per gli effetti indotti che potrebbe causare sui professionisti), è tesa a stabilizzare l'istituto delle c.d. "prestazioni aggiuntive infermieristiche", già previste dall'art. 1, commi 2 e 3 della L. n. 1/2002 e attualmente soggette a decadenza, ai sensi dell'art. 4 della L. n. 120/2007, ove il CCNL non lo disciplinasse (nelle bozze elaborate dall'ARAN per il CCNL del biennio 2009-2009 e già</p>	<p>Ministero della salute. In caso di perdurante inerzia della regione nell'esercizio delle funzioni ad essa assegnate ai sensi del citato comma 2, lettere e) ed f), il Ministero della salute, fissato un congruo termine per adempiere alla regione inadempiente, adotta, anche avvalendosi dell'AGENAS e sentita la regione interessata, gli opportuni provvedimenti sostitutivi.</p> <p style="text-align: center;">Art. 10. <i>(Libera professione degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251).</i></p> <p>1. Ai fini di un'efficace organizzazione dei servizi sanitari, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, le aziende sanitarie locali od ospedaliere del Servizio sanitario nazionale possono attivare l'attività libero-professionale per gli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, aventi</p>	<p style="text-align: center;">Art. 10. <i>(Libera professione degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251).</i></p> <p><u>Da sopprimere</u> <i>Vedi commento al precedente art.</i></p> <p style="text-align: center;">9</p>
--	--	--	---

<p>dall'articolo 1, commi 2 e 3, della Legge dell'8 gennaio 2002 n. 1.</p> <p>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.</p>	<p>presentate alle OO.SS. l'istituto è infatti oggetto di regolamentazione). Sembra quindi preferibile che la materia venga lasciata alla disciplina contrattuale.</p>	<p>rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture sanitarie pubbliche; detti operatori esercitano l'attività libero-professionale, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio, purché non sussista un comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali.</p> <p>2. Le regioni disciplinano le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale di cui al comma 1 nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:</p> <p>a) al fine di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale, nonché di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, nel rispetto dei piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale, il volume delle prestazioni dell'attività libero-professionale non deve superare, per ciascun dipendente, quello assicurato per i compiti istituzionali, e non deve prevedere un impegno orario superiore al 50 per cento di quello richiesto in attuazione del rapporto di servizio con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera per lo svolgimento dei</p>	
--	--	---	--

		<p>compiti istituzionali;</p> <p>b) la tariffa professionale per l'attività libero-professionale è definita, previo accordo quadro aziendale con le organizzazioni sindacali firmatarie del contratto collettivo nazionale di lavoro, dal singolo operatore, d'intesa con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera;</p> <p>c) la libera professione intramuraria è gestita dall'azienda sanitaria locale od ospedaliera mediante un centro unico di prenotazione, con spazi e con liste separati e distinti tra attività istituzionale e attività libero-professionale, con pagamento delle prestazioni e con ripartizione dei proventi secondo modalità e termini fissati da linee guida regionali, fatta salva la necessità di compensare integralmente i costi sostenuti dalle aziende;</p> <p>d) l'esercizio dell'attività libero-professionale svolto all'esterno delle strutture aziendali non deve comportare oneri per l'azienda sanitaria locale od ospedaliera né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa. Tale attività è consentita presso studi professionali privati, anche in forma associata tra operatori delle professioni sanitarie</p>	
--	--	---	--

<p>Non presente nel testo del 2009</p>	<p>Non presente nel testo del 2009</p>	<p>non mediche dipendenti del Servizio sanitario nazionale, oppure presso strutture private non convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale;</p> <p>e) le regioni, anche avvalendosi dell'AGENAS, svolgono attività di monitoraggio e di controllo sui tempi e sulle prestazioni dell'attività libero-professionale per garantire il rispetto dei principi di cui alla lettera a).</p> <p>3. I redditi derivanti dall'attività libero-professionale intramuraria degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, sono assimilati a quelli di lavoro dipendente, ai sensi dell'articolo 50, comma 1, lettera e), del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.</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</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</i></p>
--	--	--	--

<p style="text-align: center;">Art. 12 <i>(Norma finale)</i></p> <p>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</p>	<p style="text-align: center;">Articolo 12</p> <p>Occorre estendere agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, nonché agli ospedali classificati esistenti alla data del 30 giugno 2008, le disposizioni previste dal testo in esame.</p>	<p>tecnologie sanitarie delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli IRCCS di diritto pubblico, al fine di garantire un uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici e in particolare delle grandi apparecchiature e dei relativi impianti, i quali devono essere sottoposti a procedure di accettazione, ivi compreso il collaudo, nonché di manutenzione preventiva e correttiva e a verifiche periodiche di sicurezza, di funzionalità e di qualità. La programmazione e la gestione di cui al periodo precedente costituiscono la base per la formazione del personale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'uso delle tecnologie sanitarie nonché per l'eventuale acquisizione di nuove tecnologie.</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,</p>	<p><i>Piano Sanitario Nazionale.</i></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 alle regioni competenti.</i></p>
---	--	---	--

dicembre 1992.		<p>comma 2, primo periodo, 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>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>
----------------	--	---	--

Roma, 30 giugno 2011