

# PROPOSTA DI EMENDAMENTI ANAAO ASSOMED AL DECRETO LEGGE 13 SETTEMBRE 2012 N. 158 <DISPOSIZIONI URGENTI PER PROMUOVERE LO SVILUPPO DEL PAESE MEDIANTE UN PIÙ ALTO LIVELLO DI TUTELA DELLA SALUTE>

## ARTICOLO 1

---

### COMMA 2

Al nono rigo, dopo la parola: “personale” sopprimere le parole: “**esercente altre professioni sanitarie**” e sostituire con “**sanitario**”.

### COMMA 3

Al quinto rigo: sopprimere la parola “attuare” e sostituire con: “disciplinare, previo confronto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative ex art.9 del CCNL 2002-2005, i criteri per l’attuazione”.

Al settimo rigo: dopo la parole “dipendente” inserire le seguenti “di ruolo e non di ruolo, della medesima qualifica o disciplina, risultato in esubero”.

All’ottavo rigo: dopo la parola “personale” inserire la parola “anche”.

Alla fine del comma: inserire la seguente frase: “*le Aziende non possono procedere alla copertura di eventuali posti vacanti o carenze di organico, prima del completamento dei procedimenti di ricollocazione del personale di cui al presente comma*”.

### **Inserire la parte in grassetto e cancellare la parte in parentesi**

“Per comprovate esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale, anche connesse a quanto disposto dall’articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n.135, le Regioni possono **(attuare) disciplinare, previo confronto con le OOSS maggiormente rappresentative ex art. 9 del CCNL 2002-2005, i criteri per l’attuazione** di processi di mobilità del personale dipendente **di ruolo e non di ruolo, della medesima qualifica e disciplina, risultato in esubero**, ai sensi dell’articolo 30 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165,dalle aziende sanitarie con ricollocazione del medesimo personale **anche** presso altre aziende sanitarie della Regione situate al di fuori dell’ambito provinciale, previo accertamento delle situazioni di eccedenza ovvero di disponibilità di posti per effetto della predetta riorganizzazione da parte delle aziende sanitarie.

***Le Aziende sanitarie non possono procedere alla copertura di eventuali posti vacanti o carenze di organico, prima del completamento dei procedimenti di ricollocazione del personale di cui al presente comma.***

### RAZIONALE

Esiste da tempo un dettato legislativo e contrattuale in fatto di mobilità, sia volontaria che di ufficio, ordinaria, in caso di urgenza o ristrutturazione aziendale, con indirizzi in merito specifici per la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria. Non si capisce l’utilità di ricominciare da capo in tale materia istituendo, con un colpo di mano e nel deserto delle relazioni sindacali, una nuova forma di mobilità che peggiora in maniera forzosa e strumentale per la sanità quanto previsto per gli impiegati statali, senza nemmeno preoccuparsi di garantire incarico professionale e trattamento economico.

Oltretutto tale mobilità avverrebbe senza disporre dei prepensionamenti previsti come primo provvedimento dalla legislazione di cui all’articolo 2 comma 11 del decreto legge 6 luglio 2012,

n.95, convertito con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 per le amministrazioni dello Stato. Assai generico è poi il riferimento a “comprovate esigenze di riorganizzazione”.

Tra l'altro l'idea di avere eccedenze tra i medici è curiosa, stante la corsa al pensionamento del 2011 e 2012 e la esistenza di una organizzazione del lavoro che in maniera ordinaria utilizza un notevole monte ore superiore al debito contrattuale e non consente di fruire di TUTTE le ferie previste.

#### **AGGIUNGERE COMMA 4**

**Le Regioni, per cinque anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, al fine di accrescere l'efficienza organizzativa, possono inquadrare nel ruolo della dirigenza medica i medici convenzionati operanti alla predetta data nei servizi di emergenza, fermo restando il possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e previa verifica di professionalità, a condizione di non procedere al convenzionamento di ulteriori medici nel medesimo periodo. I predetti professionisti, qualora siano sprovvisti del titolo di specializzazione in medicina di emergenza-urgenza, possano svolgere attività professionale se in possesso di un titolo di specializzazione in disciplina equipollente o affine ovvero, limitatamente ai primi due anni di attivazione, di un master in emergenza-urgenza, istituito secondo criteri individuati con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute.**

**Ai medici transitati nei ruoli della dirigenza medica ai sensi della normativa richiamata, è riconosciuta la qualifica di dirigente medico nella disciplina di Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza e l'anzianità di servizio ai sensi e nel rispetto del DPCM 8 marzo 2001. Nelle more del passaggio alla dipendenza le regioni devono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria pre-ospedaliera con i servizi ospedalieri collegati alla Medicina di Urgenza (DEA/PS, Osservazione Breve, Medicina d'urgenza) secondo criteri di flessibilità operativa in grado di garantire l'integrazione dei servizi che costituiscono il complesso Sistema dell'Emergenza Sanitaria partendo dal presupposto che il sistema di emergenza sanitaria pre-ospedaliera sia parte integrante del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA).**

#### **RAZIONALE**

**L'instaurarsi di un rapporto di impiego nell'ambito del Sistema Integrato territorio-ospedale di Emergenza Sanitaria è finalizzato al miglioramento dei servizi** nell'ambito di una coerenza organizzativa che richiede uno stesso stato giuridico per lo stesso lavoro nella stessa Azienda. Il passaggio alla dipendenza mira a facilitare l'integrazione dei servizi che costituiscono il complesso Sistema dell'Emergenza Sanitaria partendo dal presupposto che il sistema di emergenza sanitaria pre-ospedaliera sia parte integrante del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA).

## ARTICOLO 2

---

### COMMA 1

#### **Lettera b)**

Al primo capoverso: sostituire le parole: “30 novembre 2012” con le parole “**31 dicembre 2012**”.

Al secondo capoverso: aggiungere dopo le parole “convenzione con altri soggetti pubblici” le parole “**e privati non accreditati**”.

Al quinto capoverso: eliminare l'intero capoverso da “Lo schema tipo ...” a “12.000 euro annui”.

Al sesto capoverso: sostituire le parole: “30 novembre 2012” con le parole: “**31 dicembre 2012**”.

#### **Lettera c**

##### a) bis

Al secondo capoverso, 13° rigo sopprimere le parole: “in tempo reale” ed al quindicesimo rigo le parole: “alle prescrizioni ed”.

Al penultimo rigo dopo la parola “tariffe” inserire le parole “**applicate dagli utilizzatori**”.

#### **Lettera e)**

Al primo capoverso, quarto rigo: sostituire le parole “i compensi” con la parola “**onorario**” ed inserire dopo la parola “professionista” le parole “**cui vanno aggiunti i compensi**”.

Al secondo capoverso, diciassettesimo rigo: sostituire le parole “una somma pari al 5%” con le parole “**una somma pari al 2%**”.

Al secondo capoverso, ventesimo rigo: sopprimere le parole: “di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste di attesa” e sostituire con le seguenti: “**volti a retribuire, secondo le modalità previste dai contratti collettivi di lavoro, programmi finalizzati alla riduzione delle liste di attesa**”.

Alla fine aggiungere la seguente frase: “**Il fondo così costituito deve essere integralmente speso entro il 31 dicembre dell'anno successivo con modalità definite nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale. L'importo di cui al presente comma non è attivato nelle Regioni che abbiano già previsto analoghe modalità di prelievo**”.

#### Alla lettera f)

**Sopprimere** l'intera lettera f)

### **RAZIONALE**

La attività libero professionale intramoenia nello spirito originario è finalizzata a garantire la libertà di scelta del curante da parte dei cittadini, consentendo al sistema pubblico di intercettare consistenti risorse economiche altrimenti dirette ad alimentare la già notevole spesa per prestazioni sanitarie erogate da privati.

Occorre porre attenzione ad evitare eccessivi oneri burocratici ed economici che potrebbero spingere i professionisti fuori dal sistema, trasformandoli in imprenditori in aperta concorrenza con il servizio pubblico, che pure ha sostenuto gli oneri per la loro formazione. La condizione di un volume minimo di fatturato per accedere al programma sperimentale non può essere posta da chi è inadempiente sul piano degli obblighi relativi alla disponibilità di spazi interni. Il contrasto alla evasione fiscale non è compito del Ministero della Salute.

---

## ARTICOLO 3

---

Nella rubrica dell'articolo: sopprimere le parole "dell'esercente le professioni sanitarie" e sostituirle con le parole: "**del Medico e delle categorie professionali del ruolo sanitario**".

### COMMA 1

Al secondo rigo: sopprimere le parole "della colpa lieve" e sostituire con le parole: "**di colpa**".

### COMMA 2

Al terzo rigo: sopprimere le parole: "dell'esercente delle professioni sanitarie" e sostituire con le parole "**del medico o del professionista sanitario**".

Al sesto rigo : dopo le parole: "imprese assicuratrici (ANIA)", inserire le parole: "**e, distintamente, la Federazione degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, nonché..**".

Al tredicesimo rigo: sopprimere le parole "agli esercenti le professioni sanitarie" e sostituire con: "**ai medici ed ai professionisti sanitari, secondo le rispettive specificità**".

Alla lettera a) secondo capoverso: dopo le parole: "viene finanziato" inserire le seguenti: "**dalla Azienda Sanitaria di appartenenza, nonché..**".

Alla lettera a) alla fine del secondo capoverso: dopo le parole: "dei professionisti" inserire le seguenti: "**in misura definita in sede di contrattazione collettiva**".

Alla lettera a) alla fine del secondo capoverso: dopo la parola: "sentite" inserire le seguenti: "**distintamente la Federazione degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri**".

Alla lettera c): sopprimere le parole da: "prevedere che i contratti.." e sino a: "**subordinare comunque..**".

### COMMA 5

Alla fine: aggiungere le parole "**all'interno dei quali attingere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento**".

### RAZIONALE

Occorre in qualche modo assicurare una appropriata e specifica competenza professionale nella scelta del CTU.

Dopo il comma 5 inserire il seguente **COMMA 5 bis**).

**Comma 5 bis.** "E' altresì fatto obbligo all'Azienda Sanitaria di assicurarsi per l'eventuale risarcimento dei danni subiti dai pazienti e cagionati dalla condotta colposa del personale o da carenze strutturali o organizzative. In tale ambito è fatto obbligo all'Azienda di introdurre un sistema di monitoraggio, prevenzione e riduzione del rischio clinico ."

## PROPOSTA DI EMENDAMENTO DI INTERESSE DEL SETTORE DIRIGENZA SANITARIA

### ARTICOLO 3 bis

Inserire il nuovo art. 3 bis: *“(ordinamento delle professioni di psicologo e di biologo)”*

1. *La categoria professionale dei biologi di cui all'articolo 1 della legge 24 maggio 1967, n. 396, è ricompresa tra le professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233. L'articolo 46 della legge 24 maggio 1967, n. 396, è sostituito dal seguente: “L'alta vigilanza sull'Ordine di biologi, già esercitata dal Ministro della giustizia, è trasferita al Ministro della salute”.*
2. *E' contestualmente abrogato l'art. 8 del DPR 8 luglio 2005, n. 169 e l'annesso allegato n. 6; sono altresì abrogati gli art. 15 e 16 della Legge 24 maggio 1967, n. 396. Agli artt. 8, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 25, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, della stessa legge, le parole “Consiglio dell'Ordine” si intendono sostituite da “Consiglio Regionale dell'Ordine”; agli artt. 13 e 22 le parole “presso il tribunale di Roma” si intendono sostituite con “presso il tribunale ove ha sede il Consiglio dell'Ordine territoriale”; all'art. 30 sono soppresse le parole “non sono elettori e non possono essere eletti gli iscritti nell'elenco speciale”; Le parole “Ministro di Grazia e Giustizia” presenti negli artt. 13, 20, 21, 31, 41, 42, 45, 49, 51 della stessa legge, sono sostituite con le parole “Ministro della Salute”. All'articolo 10 della legge 24 maggio 1967, n. 396, dopo il comma 1 è inserito il seguente comma 2 “Avverso le deliberazioni di rigetto della domanda di iscrizione all'Albo, nonché in caso di mancata iscrizione entro 90 giorni dal ricevimento della domanda, l'interessato può ricorrere alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, ai sensi del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221;*
3. *Le disposizioni di cui al precedente comma 2, in materia di istituzione degli ordini territoriali e di contestuale modifica delle competenze dei preesistenti organi nazionali, sono attuate inderogabilmente entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.*
4. *All'art. 17 comma secondo del D.Lgs. C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 dopo la lettera f) è aggiunta la seguente lettera “g) per l'esame degli affari concernenti la professione di biologo, un dirigente biologo e otto biologi di cui cinque effettivi e tre supplenti”.*
5. *La categoria professionale degli psicologi di cui all'articolo 1 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, è ricompresa tra le professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233. L'articolo 29 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, è sostituito dal seguente: “ Il Ministro della salute esercita l'alta vigilanza sulla professione sanitaria di psicologo.”. Contestualmente le parole “Ministro di Grazia e Giustizia” presenti negli artt. 6 comma 2, 12 comma 2 lett. f), 16 comma 3, 23 comma 2, 24 comma 2 e 25, della L. 18 febbraio 1989 n. 56, sono sostituite con le parole “Ministro della Salute”.*
6. *All'articolo 17 della L. 18 febbraio 1989 n. 56 dopo il comma 1 è inserito il seguente comma 2 “Avverso le deliberazioni di rigetto della domanda di iscrizione all'Albo, nonché in caso di mancata iscrizione entro 90 giorni dal ricevimento della domanda, l'interessato può ricorrere alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, ai sensi del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221”.*
7. *Agli artt. 18 comma 1 e 19 comma 1 della L. 18 febbraio 1989 n. 56, le parole “all'art. 17” sono sostituite con le parole “all'art. 17 comma 1”. All'art. 26 comma 5, le parole “a norma dell'art. 17” sono sostituite con le parole “alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, ai sensi degli articoli 53 e seguenti del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221”.*
8. *All'art. 17 comma secondo del D.Lgs. C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 dopo la lettera e) è aggiunta la seguente lettera “f) per l'esame degli affari concernenti la professione di psicologo, un dirigente psicologo e otto psicologi di cui cinque effettivi e tre supplenti”.*

## ARTICOLO 4

---

### COMMA 1, LETTERA c

Al nuovo comma 5 dell'art. 15 primo rigo, inserire le parole **“I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a valutazione annuale, correlata alla retribuzione di risultato, ed al termine dell'incarico assegnato sulla base delle disposizioni contrattuali vigenti in materia.”** E sostituire con l'art. 6 del ddl **Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale, come approvato dalla Commissione Affari Sociali della Camera.**

c) all'articolo 15 il comma 5 è sostituito dal seguente (testo approvato dalla Commissione Affari sociali, art. 6 del ddl **Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale, con capoverso chiarificatore**):

### **5. I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a valutazione, annuale, correlata alla retribuzione di risultato, ed al termine dell'incarico assegnato, sulla base delle disposizioni contrattuali vigenti in materia.**

I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a valutazione annuale secondo le modalità definite dalle regioni sulla base di linee guida elaborate nel rispetto della normativa contrattuale e 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, le quali tengono conto anche dei principi del Titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. 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, concordati preventivamente in sede di discussione di *budget* in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, 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 risorse.

L'esito positivo della valutazione effettuata dal collegio tecnico **al termine dell'incarico** determina la conferma dell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo senza oneri aggiuntivi per l'azienda.

### RAZIONALE

La valutazione dei dirigenti medici e sanitari è già applicata e regolata dai contratti collettivi di categoria sin dal contratto del 6 dicembre 1996. Essa è distinta in “valutazione o verifica” della produttività che avviene con cadenza annuale sui risultati di gestione ad opera di un nucleo di controllo nominato dal Direttore Generale, ed una “valutazione” vera e propria al termine dell'incarico, che, tenendo conto dei risultati della prima, riguarda i comportamenti professionali, ad opera di un valutatore di prima istanza che è la figura gerarchicamente preposta e di un Collegio Tecnico, di seconda istanza, composto da medici, nominato dal Direttore Generale. Tale sistema è coerente con quanto previsto dalla normativa specifica in merito di valutazioni.

L'intrusione legislativa in materia contrattuale, che contraddice anche quanto sottoscritto dalle Confederazioni Sindacali presso il ministero della funzione pubblica a febbraio 2011 e maggio 2012, è un atto mortificante perché, estendendo di fatto alla dirigenza medica e sanitaria il modello contenuto nelle disposizioni della legge 150/09, cui tra l'altro si sono già sottratti diversi Ministeri, tende ad omologare tale dirigenza a quella di altre categorie della Pubblica Amministrazione che hanno specificità profondamente diverse per la quale è prevista una “valutazione”, limitata agli

obiettivi di budget e finalizzata al sistema premiante, che più propriamente andrebbe denominata “verifica di risultato”.

Non si comprende, tra l’altro, se per “regioni “si intenda la totalità delle Regioni o le singole regioni **con il pericolo concreto di avere 21 disposizioni legislative diverse in materia** .

Si ricorda che a differenza del modello statale la valutazione dei medici, veterinari e Dirigenti sanitari viene effettuata da un collegio tecnico a valenza e composizione professionale e non dal vertice politico-amministrativo. Si rischia, attraverso la modifica, cioè di politicizzare la valutazione anche dei dirigenti non titolari di incarichi gestionali (strutture complesse, semplici e direttori di dipartimento). Per di più, a fronte di questi rischi non vi è certezza a fine mandato di conferma dell’incarico anche in presenza di valutazione professionale e gestionale positiva, stante la conferma della validità dell’articolo 9 comma 32 del decreto 78/2010 anche per il personale sanitario. La politica cacciata dalla porta delle strutture complesse rientra dalla finestra degli incarichi professionali.

Per consentire la progressione verticale che attualmente regola, con esclusione dei Direttori di struttura complessa, i percorsi di carriera dei professionisti è necessario specificare che un nuovo incarico attribuito dopo il superamento della valutazione professionale deve essere “almeno” di pari rilievo rispetto al primo.

#### **COMMA 1, lettera d)**

Al secondo rigo sopprimere le parole: “e secondo” e sostituire con: “**salvo quanto previsto dall’art. 15 ter**”.

#### **COMMA 1, lettera d)**

Alla sub lettera a) del nuovo comma 7 bis, terzo rigo: dopo le parole: “*dell’incarico da conferire*”, inserire le seguenti: “**appartenenti ai ruoli del Servizio Sanitario Nazionale**”

#### **RAZIONALE**

Si intende evitare l’inserimento dei direttori di struttura complessa universitari, che comunque godono di un diverso stato giuridico per cui hanno ottenuto l’incarico in seguito a nomina o designazione in forza di convenzioni con l’università senza le normali procedure concorsuali proprie del SSN, e che contemporaneamente rivestono l’incarico di docente universitario e di direttore di struttura complessa ospedaliera rivestendo entrambi i ruoli apicali. In caso contrario, si verrebbe a determinare un paradosso costituito dal fatto che soggetti non vincitori di concorso possano essere arbitri della selezione concorsuale invadendo uno stato giuridico non proprio senza alcun carattere di reciprocità.

Si rileva, inoltre, una notevole discrepanza tra la nomina del responsabile di struttura complessa ospedaliero e la semplificazione prevista alla lettera c per la nomina dei direttori complessa a direzione universitaria. Per questi la commissione non esiste e la nomina si concretizza con un accordo, senza obblighi di trasparenza, tra il direttore generale e il rettore locale, mentre per la commissione ospedaliera si è avuto cura di prevedere un membro esterno alla Regione.

- Dopo la parola “complesse” aggiungere le parole “**in attività di servizio**”
- Sostituire le parole “terzo sorteggiato” con le parole “**ultimi due sorteggiati**”

#### **RAZIONALE**

Aumenta i gradi di trasparenza e consente la formazione di commissioni anche per le discipline che hanno 1 solo Direttore di struttura complessa per Regione

**COMMA 1, LETTERA d-d**

Aggiungere alla fine le parole” e le procedure di cui alla lettera precedente”

**RAZIONALE**

**Non esistono motivazioni per sottrarre le nomine universitarie almeno agli obblighi di trasparenza.**

**COMMA 1, LETTERA d- punto 7-ter**

Sostituire le parole “6 mesi” con le parole “**12 mesi**”

**RAZIONALE**

Per la verifica degli obiettivi di budget di cui al comma 5 un semestre è termine incongruo. Da altra parte i Direttori generali sono verificati dopo 18 mesi dall’incarico.

**COMMA 1, LETTERA e)**

**SOPPRIMERE**

**RAZIONALE**

**Il testo introduce, in un ambito cui è legata anche parte della retribuzione, un vuoto normativo nel quale rimane imprecisato chi attribuisce gli incarichi non gestionali, con quali procedure e criteri. La abolizione del Collegio tecnico svuota ogni riferimento ai valori ed alle componenti professionali. Una deregulation inaccettabile che segna un arretramento sostanziale rispetto allo spirito ed alla lettera, del Dlgs 229/99, nonché al patto stipulato con i Professionisti dal Governo di allora.**

**COMMA 1, LETTERA g)**

al quinto rigo: sopprimere le parole: “*in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell’Azienda o nell’Ente*” e sostituirlo con: “*garantendo la partecipazione dei direttori di dipartimento e di distretto e la rappresentanza delle componenti professionali presenti nell’Azienda o nell’Ente.*”

**COMMA 3 aggiungere:**

“Qualora gli incarichi di cui all’articolo 3, comma 7 e dell’articolo 4, comma 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 numero 502, e successive modificazioni, non siano ricoperti dallo stesso dirigente, il direttore generale procede alla verifica del possesso dei requisiti specifici, per l’accesso ad entrambi i ruoli, individuando, previa valutazione comparativa, il dirigente medico incaricato di svolgere i compiti e le funzioni, di cui all’articolo 15, comma 13, lettera f-bis, della legge 7 agosto 2012, numero 135”.

**RAZIONALE**

Molti direttori sanitari di presidio dei più grandi ospedali italiani, Specialisti in Igiene e direzione ospedaliera, a fine contratto perderanno il loro incarico e peculiari, nevralgiche funzioni igienico-organizzative saranno rilevate da direttori sanitari aziendali ex medici distrettuali o in possesso di specializzazioni e competenze di tipo clinico. Il rischio è di avviare una corsa a farsi mandare in mobilità da esubero negli ospedali delle AASSLL territoriali di piccoli presidi ospedalieri che, unici, continueranno ad avere direttori sanitari di ruolo e specialisti in igiene.

## PROPOSTA DI INSERIMENTO DI UN NUOVO COMMA ALL'ARTICOLO 4

---

### INSERIRE UN COMMA 4

***4. Per le caratteristiche specifiche del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ambito dei comparti di contrattazione di cui all'art. 40 comma 2 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche ed integrazioni, è istituita l'area contrattuale della dirigenza medica e sanitaria."***

### RAZIONALE

Come ribadito dalla Conferenza Stato–Regioni-Enti locali, le peculiarità della dirigenza medica e sanitaria come riconosciute dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, richiedono l'elaborazione di uno specifico contratto di lavoro. Tale strumento è reso necessario anche per dare attuazione ai principi contenuti in questo decreto.