

(15 marzo 2012)

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale. (C. 278-799-977-ter-1552-1942-2146-2355-2529-2693-2909/A)

ULTERIORE NUOVO TESTO UNIFICATO ADOTTATO COME NUOVO TESTO BASE, QUALE RISULTANTE DAGLI EMENDAMENTI APPROVATI

Art. 1.

(Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche).

1. Il governo delle attività cliniche è disciplinato dalle regioni nel rispetto dei principi fondamentali di cui alla presente legge, nonché dei principi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

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.

3. Il governo delle attività cliniche garantisce, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali relativi all'assistenza al cittadino, assicurando il miglioramento continuo della qualità e nel rispetto dei principi di equità, di appropriatezza e di universalità 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. Le regioni, nel promuovere le forme di partecipazione democratica di cui al precedente periodo, prevedono il coinvolgimento anche delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di rappresentanza del terzo settore.

Art. 2

(Autonomia e responsabilità del medico)

1. Le attività mediche e sanitarie sono dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività.

2. Tali attività sono erogate nel rispetto dei principi di autonomia e responsabilità, diretta e non delegabile, dei medici e dei professionisti sanitari nell'ambito delle proprie specifiche competenze e nel rispetto delle funzioni ad essi affidate e svolte.

3. Le norme, emanate sia a livello nazionale che regionale, connesse alle esigenze organizzative e gestionali dei servizi sanitari e socio-sanitari e di ogni altra attività esercitata da questi professionisti si applicano nell'ambito di tali principi di autonomia e responsabilità.

Art. 3.

(Funzioni del Collegio di direzione).

1. Le regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, del Collegio di direzione, quale organo dell'azienda, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda o nell'ente e disciplinandone le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali.

2. Il Collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca e la didattica, e allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato e di efficienza, dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Nel caso in cui il direttore generale adotti un provvedimento contrario al parere del Collegio di direzione, questo deve essere motivato.

Art. 4.

(Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali).

1. Le regioni provvedono alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale nel rispetto dei termini e dei requisiti già previsti dagli articoli 3 e 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, garantendo adeguate misure di pubblicità dei bandi, delle nomine e dei *curricula* e di trasparenza nella valutazione degli aspiranti, nonché il possesso da parte degli aspiranti medesimi di un diploma di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie e settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché del requisito dell'età anagrafica non superiore a 65 anni, al momento della nomina.

2. Le regioni provvedono altresì alla definizione di criteri e di sistemi di valutazione e verifica dell'attività dei direttori generali, sulla base di obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, all'ottimizzazione e alla funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-

finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Art. 5.

(Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura).

1. Le regioni, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, sulla base dei seguenti principi:

a) la selezione viene effettuata da una commissione presieduta dal direttore sanitario e composta da due direttori di struttura complessa nella medesima specialità dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da elenchi nominativi predisposti dalla regione interessata, tra il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale della stessa disciplina ma comunque esterni all'azienda interessata alla copertura del posto;

b) la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare e, sulla base dell'analisi comparativa dei *curriculum*, dei titoli professionali posseduti, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, seleziona da uno a tre candidati che hanno ottenuto i migliori punteggi. Il direttore generale individua il candidato da nominare sulla base della terna predisposta dalla commissione, motivandone analiticamente la scelta. Qualora il dirigente a cui è stato conferito l'incarico dovesse lasciarlo o decadere entro tre anni dalla nomina si procede alla sostituzione scegliendo tra gli altri due professionisti facenti parte della terna iniziale.

c) la nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal Direttore generale su indicazione del Rettore, su proposta del coordinamento interdipartimentale o dell'analogo competente organo dell'Ateneo, sulla base del *curriculum* scientifico e professionale del responsabile da nominare.

2. L'incarico di direttore di struttura complessa deve in ogni caso essere confermato al termine di un periodo di prova di sei mesi a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, sulla base del lavoro svolto nonché dei criteri di valutazione cui all'articolo 6 della presente legge.

3. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa o di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, su proposta, rispettivamente, del direttore della struttura complessa di afferenza o del direttore di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, il direttore scientifico, per le parti di propria competenza, è responsabile delle proposte da sottoporre al direttore generale per l'approvazione, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e delle leggi regionali vigenti in materia. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo. L'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico degli incarichi sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale.

4. Per le finalità di cui al presente articolo non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-*septies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Art. 6.

(Valutazione dei dirigenti medici e sanitari).

1. I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a valutazione 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 assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di *budget* in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, nonché 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 determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico almeno di pari rilievo.

Art. 7.

(Dipartimenti).

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione dei dipartimenti e la responsabilità dei direttori di dipartimento secondo i seguenti principi:

- a) l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle aziende sanitarie, ospedaliere e ospedaliero-universitarie;
- b) il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale tra i direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento;
- c) il direttore di dipartimento è sovraordinato ai direttori di struttura complessa per gli aspetti gestionali attinenti il dipartimento e, di norma, mantiene la direzione della struttura di appartenenza;
- d) nelle aziende ospedaliero-universitarie, di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è assicurata la parità numerica tra direttori di dipartimento di componente ospedaliera e universitaria, ove possibile.

Art. 8.

(Limiti di età).

1. I commi 1 e 2 dell'articolo 15-*nonies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in conformità a quanto disposto dal comma 18 dell'articolo 24 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, sono sostituiti dai seguenti:

«1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa e i ricercatori universitari di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è stabilito al compimento del sessantasettesimo anno di età. A domanda dell'interessato, sentito il Collegio di direzione, tale limite è stabilito al compimento del settantesimo anno di età.

2. I professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assistenziali con il collocamento a riposo, fatto salvo quanto previsto dalla legge 4 novembre 2005, n. 230. I professori universitari, pur cessando dalle ordinarie attività assistenziali, se impegnati in progetti di ricerca clinica di carattere nazionale o internazionale, possono continuare a svolgere l'attività di ricerca prevista nel progetto. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano anche al personale universitario medico e sanitario delle analoghe professionalità della dirigenza del Servizio sanitario nazionale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale».

Art. 9.

(Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, anche attraverso forme di collaborazione interaziendale, alla programmazione e alla gestione delle tecnologie sanitarie, al fine di garantire un uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici e in particolare delle grandi apparecchiature e dei relativi impianti, i quali devono essere sottoposti a procedure di accettazione, ivi compreso il collaudo, nonché di manutenzione preventiva e correttiva e a verifiche periodiche di sicurezza, di funzionalità e di qualità. La programmazione e la gestione di cui al periodo precedente costituiscono la base per la formazione del personale nell'uso delle tecnologie sanitarie, nonché per l'eventuale acquisizione di nuove tecnologie.

2. Nell'ambito delle procedure di cui al comma 1, al fine di garantire la protezione dalle radiazioni dei pazienti e degli operatori, deve essere prevista la valutazione di sicurezza delle tecnologie radiologiche di cui al decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187, garantendo il coinvolgimento delle strutture di fisica medica.

3. Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, possono costituire, nei loro ambito, organismi o enti *no-profit*, per la raccolta di fondi atti all'acquisizione di tecnologie sanitarie ritenute di interesse strategico per lo sviluppo della risposta sanitaria aziendale.

Art. 10.

(Collegio sindacale e pubblicità degli atti).

1. Le periodiche verifiche di cassa e le relazioni sull'andamento delle attività delle Aziende sanitarie ed ospedaliere svolte dal collegio sindacale devono essere rese note al pubblico anche mediante la pubblicazione nei siti web delle aziende.

Art. 11

(Competenze delle regioni a Statuto speciale e delle province autonome).

1. Sono fatte salve le competenze delle regioni a Statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, che provvedono all'attuazione delle finalità della presente legge ai sensi dei rispettivi statuti speciali e delle relative norme di attuazione.