



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

09/037/CR/C7

OSSERVAZIONI ALLA PROPOSTA DI TESTO UNIFICATO ELABORATA DAL RELATORE

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

PROPOSTA GOVERNO	OSSERVAZIONI DELLE REGIONI
<p data-bbox="174 842 1055 911">Art. 1. <i>(Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche).</i></p> <p data-bbox="147 954 1084 1281">1. Il governo delle attività cliniche è assicurato dalle regioni mediante i servizi delle competenti aziende sanitarie locali od ospedaliere, di seguito denominate «aziende», in conformità ai principi fondamentali stabiliti dai commi 2 e 3 del presente articolo, nonché a quelli individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e successive modificazioni. Le regioni inoltre definiscono le soluzioni organizzative più adeguate per la presa in carico integrale del bisogno socio-sanitario e la continuità del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale.</p> <p data-bbox="147 1326 1084 1390">2. La <i>clinical governance</i> costituisce il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e di tutti i</p>	<p data-bbox="1509 842 1637 871">Articolo 1</p> <p data-bbox="1106 954 2040 1169">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.</p> <p data-bbox="1106 1225 1397 1257"><u>Principi fondamentali:</u></p> <ul data-bbox="1106 1302 2040 1369" style="list-style-type: none">❖ Le regioni disciplinano l'organizzazione delle Aziende sanitarie secondo i principi del governo clinico e della partecipazione

professionisti impegnati nel SSN, attraverso una integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali implicati nell'assistenza al cittadino-malato;

3. Il governo delle attività cliniche consiste nella programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie ed è assicurato mediante il diretto coinvolgimento del collegio di direzione dell'azienda, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge.

Art. 2.

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

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

a) il primo periodo è sostituito dal seguente: «Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale»;

b) il quinto periodo è sostituito dal seguente: «Il direttore generale si avvale del collegio di direzione per le attività indicate all'articolo 17».

c) dopo il comma 1-*quinqües* è inserito il seguente:

«1-*sexies*. Il collegio di direzione concorre alla pianificazione strategica delle attività e degli sviluppi gestionali e organizzativi, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di

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.

Articolo 2

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.

Risulta comunque palesemente lesiva delle prerogative regionali il dettaglio della composizione proposta.

Principi fondamentali:

- ❖ Le regioni disciplinano relativamente al Collegio di direzione:
 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

alta integrazione sanitaria. Il collegio di direzione esprime parere obbligatorio al direttore generale sull'atto aziendale, sui programmi di ricerca e di formazione, sugli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale, sul piano aziendale di formazione del personale medico e sanitario.»;

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

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

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

«2. La regione disciplina l'attività e formula atti di indirizzo relativamente al funzionamento e all'attività del Collegio di direzione anche con natura di organo dell'azienda. Il Collegio di direzione è presieduto dal direttore sanitario d'Azienda e ha una componente di diritto formata dal direttore amministrativo d'Azienda, dai direttori di presidio, fino 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 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

sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda.

collegio di direzione è assicurata l'adeguata rappresentatività sia della componente medico-ospedaliera che di quella universitaria.».

Art. 3

(Requisiti e criteri di valutazione dei Direttori Generali)

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

a) al comma 2, dopo il primo periodo, è inserito il seguente: «Le regioni rendono nota, con congruo anticipo, adottando misure di pubblicità e di trasparenza, accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti *internet*, l'attivazione delle procedure per la copertura delle vacanze dei posti di direttore generale delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere»;

b) il comma 3 è sostituito dal seguente:

«3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) diploma di laurea;

b) esperienza almeno quinquennale presso enti, aziende o strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie;

c) certificato di frequenza di un corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitarie. I corsi di formazione sono organizzati, con oneri a carico dei partecipanti, dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). I direttori generali in servizio possono conseguire l'attestato di frequenza del suddetto corso entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge.

Articolo 3

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. 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.

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.

Si propone invece un emendamento che rinvi 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.

Risultano invece particolarmente lesive delle competenze regionali le diverse funzioni attribuite all'AGENAS che vanno ricondotte all'ambito

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

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

d) dopo il comma 3 è inserito il seguente:

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

e) il primo periodo del comma 5 è sostituito dal seguente: «Le regioni determinano preventivamente i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, degli obiettivi definiti e quantificati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati con la regione. Gli strumenti regionali dovranno essere coerenti con linee guida approvate dalla conferenza Stato – Regioni, su proposta del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, sentita l'AGENAS. Negli organismi di valutazione è prevista la presenza di un rappresentante dell'AGENAS.»;

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

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

regionale.

Principi fondamentali:

- ❖ 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 accertarne l'iscrizione all'elenco nazionale;
- ❖ Fermo restando quanto al punto precedente le regioni disciplinano:
 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 Regione). 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.

Per quanto concerne gli articoli di seguito indicati, per i quali non sono assolutamente condivisibili né gli elementi normativi di dettaglio né le linee di delega esplicitate, in quanto lesive delle prerogative regionali:

- 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”,

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:

- 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 monitoraggio dei processi gestionali, nel controllo direzionale, nei processi formativi, nella ricerca, innovazione e sviluppo.

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.

Art. 4.

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

1. Fermo restando il principio della invarianza della spesa, fino all'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e successive modificazioni, e salva la potestà legislativa regionale, da esercitare in base ai principi desumibili dalla legislazione statale vigente in materia, al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

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

«1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, compatibilmente con le risorse finanziarie a tale fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale. I compiti professionali e le funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, di intesa con il Collegio di direzione, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale e tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui al citato articolo 15, comma 5. Gli incarichi di struttura semplice sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del dirigente.

di struttura complessa, sentito il collegio di dipartimento, a un dirigente con una anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Gli incarichi di funzioni hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque con facoltà di rinnovo. Sono definiti contrattualmente l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata,

Art. 4

Principi fondamentali:

- ❖ 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 di direzione di struttura semplice e di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo;
- ❖ Le regioni, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, sulla base dei seguenti principi:
 1. l'attribuzione dell'incarico è effettuata dal Direttore generale previo avviso di cui l'Azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità (*oppure più esplicitamente: da pubblicare sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*), con idoneo anticipo rispetto alla vacanza dell'incarico stesso;
 2. la selezione viene effettuata da una commissione, presieduta dal Direttore sanitario e composta da due direttori di struttura complessa individuati tramite sorteggio da elenchi nominativi predisposti dalla Regione;
 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,

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

salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico»;

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

«2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale esclusivamente previo avviso da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale*, di norma tre mesi prima che il posto si renda vacante. A tale fine, il direttore generale nomina una commissione di cinque membri presieduta dal direttore sanitario e composta da quattro dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, individuati attraverso pubblico sorteggio da un elenco nazionale, redatto e curato dall' Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), composto dai responsabili di struttura complessa i cui nominativi sono trasmessi a cura delle rispettive regioni di appartenenza. La commissione formula un giudizio motivato su ciascun candidato, tenendo conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti. La commissione, sulla base delle valutazioni effettuate, presenta al direttore generale una terna all'interno della quale il Direttore Generale nomina, motivando, il vincitore. Nelle commissioni delle aziende ospedaliere integrate con l'università, uno dei componenti della commissione è nominato dalla facoltà tra i professori universitari di ruolo apicale della disciplina in concorso. Nelle aziende miste, per le unità operative a direzione universitaria la nomina spetta all'università. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve».

c)al comma 4 dell'articolo 15-ter sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Al dirigente preposto a una struttura semplice sono attribuite funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuare anche mediante direttive per il corretto espletamento del servizio a tutto il personale operante nella stessa, compresi i dirigenti con funzioni di natura professionale. Il dirigente sostituisce altresì il dirigente preposto

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.

alla struttura complessa di cui fa parte, su incarico dello stesso».

Art. 5

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

1. Gli strumenti valutativi dei dirigenti sanitari di struttura complessa e dei direttori di dipartimento vengono definiti dalle regioni. Essi dovranno prevedere la quantità di prestazioni sanitarie “prodotte” in riferimento agli obiettivi assistenziali concordati con il direttore generale e la valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi. Gli strumenti di valutazione devono essere presenti anche nel contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medica sanitaria e coerenti con specifiche linee guida adottate nell’ambito dell’atto di indirizzo predisposto dal Comitato di settore, approvato dal Consiglio dei Ministri. Le linee guida sono proposte dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, sentita l’AGENAS. Le linee guida dovranno prevedere anche la tipologia di premialità e di penalizzazione da applicare in relazione all’esito della valutazione. Negli organismi regionali di valutazione deve essere prevista anche la presenza di un rappresentante dell’AGENAS.

Art. 6.

(Dipartimenti).

1. L'articolo 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

«Art. 17-bis. - *(Dipartimenti).* - 1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Art. 5

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 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 (sovraabbondanti) norme contrattuali in materia.

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.

Art. 6 e Art. 7

Principi fondamentali:

❖ Le regioni disciplinano l’organizzazione dei dipartimenti e la responsabilità dei direttori di dipartimento secondo i seguenti principi:

1. l’organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di

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

3. Le regioni disciplinano le competenze dei dipartimenti delle attività ospedaliere, territoriali e della prevenzione nonché le modalità di assegnazione e di gestione delle risorse su base budgetaria. La direzione dei dipartimenti strutturali comporta l'attribuzione sia di responsabilità clinica, sia di responsabilità gestionale e organizzativa in ordine alle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi di risultato. A tale fine il direttore del dipartimento predispose 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.

4. L'organizzazione in dipartimenti è adottata dalle Aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge; trascorso tale periodo, qualora la suddetta organizzazione non venisse adottata, il Direttore Generale delle stesse non accede alla quota variabile del compenso.

Art. 7

(Responsabilità dei direttori di dipartimento)

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

«Art. 17-ter. - *(Responsabilità dei direttori di dipartimento)*. - 1. Ai direttori di dipartimento, nell'ambito delle rispettive competenze definite

- gestione operativa delle aziende sanitarie e ospedaliere;
- 2. il direttore di dipartimento è nominato fra i direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento;
- 3. il direttore di dipartimento è sovraordinato ai direttori di struttura complessa per gli aspetti gestionali attinenti il dipartimento e, di norma, mantiene la direzione della struttura di appartenenza;

dalla normativa regionale, sono attribuite responsabilità di indirizzo e di valutazione delle attività clinico-assistenziali e tecnico-sanitarie finalizzate a garantire che ogni assistito abbia accesso ai servizi secondo i principi di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate, di appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, di efficacia delle prestazioni in base alle evidenze scientifiche, di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini.

2. Al fine di una ottimizzazione dell'occupazione dei posti letto, nel quadro delle predette attività, al Direttore del dipartimento è attribuita l'organizzazione e la gestione flessibile dei posti letto da distribuire tra le strutture semplici e complesse, sentito il Collegio di direzione.».

Art. 8.
(*Limiti di età*).

1. Il limite di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fermo restando quanto previsto dall'articolo 15-*nonies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. È comunque facoltà del dirigente di permanere, a domanda, in servizio fino al compimento del settantesimo anno di età. Il collegio di direzione dell'azienda competente, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge, può disporre, a tali fini, un preventivo esame di idoneità con riferimento alla specifica funzione svolta, e con parere motivato.

2. I professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assistenziali con il collocamento a riposo o fuori ruolo, fatto salvo

Art. 8

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:

- ❖ 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 richiesta di allungamento sulla base delle proprie esigenze organizzative e funzionali;
- ❖ 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.

quanto previsto dalla legge 4 novembre 2005, n. 230.

Art. 9

(Modifiche all'articolo 72 del DL del 25/06/2008 n. 112)

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

Art. 10

(Produttività del servizio e attività professionale dei medici)

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

- a) I dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale intrattengono con lo stesso un unico rapporto di lavoro.
- b) Compete a tali dirigenti, anche se incaricati della direzione di strutture complesse, il diritto 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 sanitario nazionale.
- c) L'attività libero-professionale deve essere svolta al di fuori dell'orario di servizio, e può esercitarsi nella forma singola e/o di

Art. 9

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 la fattispecie stata oggetto di legge già vigente.

Articoli 10 e 11

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.

Art. 10

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.

equipe. Il luogo di esercizio della medesima è scelto dal dirigente interessato, all'interno (intramoenia) o all'esterno (extramoenia) della struttura di appartenenza.

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

- a)* I volumi prestazionali di attività professionale ammessi devono, sia per l'intramoenia sia per l'extramoenia, non essere in ogni caso superiori alle corrispondenti attività della medesima forma e tipologia effettivamente svolte a favore della struttura sanitaria di appartenenza per analoga durata.
- b)* La tariffa professionale per l'intramoenia è definita, previo accordo quadro aziendale con le OSS della dirigenza medica firmatarie del CCNL, dal singolo dirigente, in contraddittorio con l'Azienda.
- c)* Nel caso di attività professionale svolta all'interno della struttura di appartenenza (intramoenia) spetta a ciascuna Azienda Sanitaria garantire l'allestimento di idonei spazi autonomi, le necessarie dotazioni organiche e strumentali, un separato centro di prenotazione (CUP) nonché la definizione di un orario di svolgimento compatibile con l'esercizio dell'attività istituzionale. Per l'attività svolta all'interno della struttura della Azienda, compete alla medesima una quota della tariffa per assicurare la piena copertura dei costi sopportati per l'apprestamento e la gestione delle strutture necessarie al suo svolgimento.
- d)* L'esercizio libero professionale svolto all'esterno delle strutture aziendali non deve comportare né oneri per l'Azienda né oneri per il professionista nei confronti dell'Azienda stessa.
- e)* La Regione, anche avvalendosi dell'Azienda Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali AGENAS), svolge attività di monitoraggio e di controllo sullo svolgimento della Libera

professione in termini di tempi e di prestazioni per garantire il rispetto del precedente punto a).

- f) L'indennità di esclusività non spetta a chi svolge attività professionale all'esterno della struttura del servizio sanitario nazionale con cui intrattiene il rapporto di lavoro. Essa è dovuta anche a chi eserciti attività libero professionale all'esterno della struttura, solamente quando ciò sia addebitabile a carenze strutturali ed organizzative dell'Azienda.

Art. 11

(Libera professione intramuraria degli infermieri)

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

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

Art. 12

(Norma finale)

Art. 11

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 presentate alle OO.SS. l'istituto è infatti oggetto di regolamentazione).
Sembra quindi preferibile che la materia venga lasciata alla disciplina contrattuale.

Articolo 12

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

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.

Roma, 29 aprile 2009