



CAMERA DEI DEPUTATI

N. 977-ter

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa dei deputati

LIVIA TURCO, LETTA, GRASSI, ARGENTIN, BINETTI, BOSSA, BUCCHINO, D'INCECCO, MIOTTO, MOSELLA, MURER, PEDOTO, BELLANOVA, BERRETTA, BOFFA, BRAGA, BRANDOLINI, CALVISI, CECCUZZI, CODURELLI, COLANINNO, COLOMBO, DE BIASI, ESPOSITO, FADDA, GIANNI FARINA, FRONER, GATTI, GIOVANELLI, IANNUZZI, LUCÀ, LOVELLI, MATTESINI, MASTROMAURO, MOTTA, MAZZARELLA, RAMPI, ROSSA, SAMPERI, SARUBBI, SCHIRRU, SERVODIO, TIDEI, VANNUCCI, VELO, VICO, ZAMPA, AMICI, GINEFRA, NACCARATO, TULLO

Disposizioni in materia di efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale

*(Già articoli da 7 a 19 della proposta di legge n. 977,**stralciati con deliberazione dell'Assemblea il 18 novembre 2008)*

PROPOSTA DI LEGGE

Artt. 1-6.

.....
.....
.....

Art. 7.

(Organizzazione delle aziende sanitarie e ospedaliere).

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

a) la rubrica è sostituita dalla seguente: «Organizzazione delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere»;

b) al comma 1, le parole: «unità sanitarie locali» sono sostituite dalle seguenti: «aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere»;

c) il comma 1-*quater* è sostituito dal seguente:

«1-*quater*. Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio sindacale, il collegio di direzione. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-*bis*; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario»;

d) al primo periodo del comma 1-*quinquies*, dopo le parole: «direttore generale» sono aggiunte le seguenti: «con provvedimento congruamente motivato per quanto concerne il *curriculum* dei candidati prescelti nell'ambito delle rispettive

competenze, con specifico riferimento alle esperienze professionali direttamente maturate»;

e) dopo il comma 1-*quinquies* è inserito il seguente:

«*I-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 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 e sulle modalità generali di esercizio della libera professione intramuraria. Il direttore generale è tenuto a motivare le determinazioni eventualmente assunte in contrasto con detto parere. La regione disciplina l'attività e la composizione del collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e del direttore amministrativo, dei direttori di distretto, dei direttori di dipartimento e di presidio, compreso il responsabile del servizio infermieristico, di un rappresentante dei medici di medicina generale e di un rappresentante dei pediatri di libera scelta e degli specialisti convenzionati, nonché prevedendo le modalità di individuazione, la durata in carica e le attribuzioni del presidente del collegio. La partecipazione al collegio di direzione non comporta compensi, né rimborsi spese e dalla stessa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, nel collegio di direzione è assicurata la proporzione tra la componente medica ospedaliera e la componente medica universitaria. Al fine di garantire la trasparenza e la partecipazione al governo aziendale, le regioni possono disciplinare modalità di consultazione e coinvolgimento nell'attività della

direzione aziendale dei dirigenti di struttura complessa titolari di *budget*»;

f) al comma 3, le parole: «l'unità», ovunque ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: «l'azienda»;

g) al comma 5, la parola: «unità», ovunque ricorre, è sostituita dalla seguente: «azienda»;

h) al comma 6:

1) al primo periodo, la parola: «unità» è sostituita dalla seguente: «azienda»;

2) al terzo periodo, la parola: «unità» è soppressa;

3) al sesto periodo, le parole: «e dal consiglio dei sanitari» sono sostituite dalle seguenti: «, dal collegio di direzione e dal consiglio delle professioni sanitarie»;

i) al comma 7, quarto periodo, le parole: «unità sanitaria locale» sono sostituite dalla seguente: «azienda»;

l) al comma 9:

1) al terzo e quinto periodo, le parole: «unità sanitaria locale» sono sostituite dalla seguente: «azienda»;

2) al quarto periodo, le parole: «unità sanitarie locali» sono sostituite dalla seguente: «aziende»;

m) al comma 11, alinea, le parole: «unità sanitarie locali» sono sostituite dalla seguente: «aziende»;

n) al comma 12, le parole: «Il consiglio dei sanitari» e «unità sanitaria locale», ovunque ricorrono, sono sostituite, rispettivamente, dalle seguenti: «Il consiglio delle professioni sanitarie» e «azienda»;

o) al comma 14:

1) la parola: «unità», ovunque ricorre, è sostituita dalla seguente: «azienda»;

2) sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Gli enti locali valutano l'impatto delle strategie delle aziende sanitarie locali rispetto al proprio territorio. A tale scopo, il direttore generale dell'azienda sanitaria locale riferisce annualmente al sindaco o alla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale, sui risultati conseguiti e sulle prospettive di sviluppo delle attività. Gli enti locali trasmettono le proprie valutazioni alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano».

Art. 8. (*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 1, la parola: «unità» è sostituita dalla seguente: «azienda»;

b) 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»;

c) 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 di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende o strutture pubblici o privati, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso;

c) formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e di gestione sanitarie nell'ambito dei programmi formativi di cui all'articolo 4. 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) il primo periodo del comma 5 è sostituito dal seguente: «Le regioni determinano preventivamente, sentite le associazioni di tutela degli utenti, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti e quantificati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari»;

e) al comma 6, dopo le parole: «comma 2-*bis*,» sono inserite le seguenti: «e svolte le modalità di verifica sui risultati medesimi,»;

f) il comma 7 è sostituito dal seguente:

«7. Le regioni garantiscono la pubblicità degli obiettivi di risultato attribuiti ai direttori generali nei contratti attraverso i propri siti *internet* e i siti delle aziende presso le quali i direttori sono nominati. Le regioni dichiarano la decadenza del direttore generale in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità e nel caso in cui, nelle verifiche sull'andamento gestionale, si registri il mancato rispetto dell'equilibrio economico-finanziario dell'azienda o il mancato raggiungimento degli obiettivi previsti nel contratto. Le regioni dichiarano altresì la decadenza del direttore nel caso di mancato rispetto dei contenuti essenziali e delle tempistiche dei flussi informativi previsti dai sistemi informativi regionali, dal Nuovo sistema informativo sanitario e dal Sistema nazionale di valutazione di cui all'articolo 1-*quater*»;

g) ai commi 11 e 12, la parola: «unità» è sostituita dalla seguente: «azienda».

Art. 9. (Distretto).

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

a) al comma 1:

1) al primo periodo, la parola: «unità» è sostituita dalla seguente: «azienda»;

2) al secondo periodo, le parole: «disponga diversamente» sono sostituite dalle seguenti: «disponga diversamente, coerentemente con la determinazione degli ambiti territoriali e delle forme per la gestione della rete dei servizi e degli interventi sociali di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328. Entro il 31 dicembre di ogni anno le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali un rapporto sullo stato dell'articolazione in distretti delle proprie aziende sanitarie locali e sui progressi dell'integrazione istituzionale con gli ambiti di cui al presente comma, predisposto congiuntamente con la conferenza permanente socio-sanitaria regionale»;

b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. Il distretto assicura, attraverso la predisposizione di programmi delle attività territoriali, l'organizzazione e l'erogazione delle attività di assistenza primaria, delle prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; esso opera in collaborazione con i presidi ospedalieri al fine di garantire l'integrazione delle attività specialistiche

e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio nell'ambito di percorsi assistenziali integrati, in collaborazione con la rete dei servizi e degli interventi sociali previsti dalla legge 8 novembre 2000, n. 328. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate,

il distretto è dotato di autonomia economica e tecnico-gestionale»;

c) al comma 3, lettera b), e al comma 4, la parola: «unità» è sostituita dalla seguente: «azienda»;

d) dopo il comma 4 è aggiunto, in fine, il seguente:

«4-bis. Al fine di consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali e di rendere la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione, le regioni possono disciplinare ulteriori modalità di partecipazione degli enti locali al governo dei servizi territoriali utilizzando gli strumenti associativi e cooperativi previsti dalla normativa vigente anche ad integrazione degli strumenti partecipativi e di rappresentanza previsti dal presente articolo».

Art. 10.

(Requisiti delle strutture sanitarie pubbliche e private ed effetti sanzionatori in caso di truffe al Servizio sanitario nazionale).

1. All'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, lettera c), e al comma 1-bis, la parola: «unità» è soppressa;

b) al comma 4:

1) all'alinea, le parole da: «con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa» fino a: «31 dicembre 1993» sono sostituite dalle seguenti: «i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi sono definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri adottato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra

lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano»;

2) dopo la lettera h), sono aggiunte le seguenti:

«h-bis) individuare e definire i requisiti di funzionalità e sicurezza sotto il profilo scientifico, tecnologico e strutturale sulla base di direttive tecniche approvate dal Ministro della salute, sentiti l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e il Consiglio superiore di sanità;

h-ter) assicurare la periodicità dei controlli da parte delle regioni sulla permanenza dei requisiti;

h-quater) verificare l'adozione di adeguate forme assicurative da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private, per la copertura dei danni derivanti dall'esercizio della professione sanitaria. Le strutture pubbliche possono adottare forme alternative di garanzia;

h-quinquies) prevedere adeguate forme di verifica da parte del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del rispetto e della permanenza dei requisiti di cui al presente comma, anche tramite l'avvalimento dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali»;

c) le parole: «unità sanitarie locali» e «unità sanitaria locale», ovunque ricorrono, sono sostituite, rispettivamente, dalle seguenti: «aziende sanitarie locali» e «azienda sanitaria locale».

2. All'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 3, alinea, le parole da: «di indirizzo e coordinamento» fino a: «decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,» sono sostituite dalle seguenti: «d'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano»;

b) al comma 4, alinea, le parole: «di indirizzo e coordinamento» sono sostituite dalle seguenti: «d'intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131,»;

c) ai commi 5 e 6, le parole: «di indirizzo e coordinamento» sono sostituite dalle seguenti: «d'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131,»;

d) al comma 8, la parola: «unità» è sostituita dalla seguente: «aziende».

3. Fermo restando quanto già disposto dall'articolo 1, comma 812, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, qualora il titolare o il direttore sanitario di una struttura sanitaria accreditata ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dal comma 2 del presente articolo, sia condannato, con sentenza passata in giudicato per il reato di truffa, con danno patrimoniale a carico del Servizio sanitario nazionale, l'autorità competente dichiara la sospensione fino a sei mesi o, in caso di recidiva, la decadenza dalla condizione di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale. È sempre dichiarata la decadenza quando, anche in prima condanna, è stato accertato un danno d'importo pari o superiore a un decimo del tetto annuale di spesa fissato, per la struttura interessata, ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni, anche nell'ipotesi della mancata costituzione in giudizio della parte civile.

Art. 11. (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.

2. Il direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale, sentito il comitato di dipartimento di cui al comma 4 e il collegio di direzione, entro una terna di dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento. Il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

3. I dipartimenti delle attività ospedaliere sono di natura strutturale. Il comitato di dipartimento di cui al comma 4 individua la terna di cui al comma 2. 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 preposizione ai 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 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 di cui al comma 4, partecipa alla programmazione, alla realizzazione, al monitoraggio e alla verifica delle attività dipartimentali.

4. Le regioni disciplinano la composizione e le funzioni del comitato di dipartimento, garantendo che sia assicurata la parità tra membri di diritto e rappresentanti della dirigenza medica e sanitaria e delle professioni sanitarie eletti dal personale».

Art. 12.

(Responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto).

1. Nel titolo V del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo l'articolo 17-bis, come sostituito dall'articolo 10 della presente legge, è aggiunto il seguente:

«Art. 17-ter. - *(Responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto).* - 1. Ai direttori di dipartimento e di distretto,

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».

Art. 13.

(Incarichi di direzione di struttura complessa).

1. Al fine di garantire sistemi di selezione tecnica e neutrale dei più capaci, gli incarichi di direzione di struttura complessa nelle aziende sanitarie locali e ospedaliere sono attribuiti secondo i principi e i requisiti stabiliti dal regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484. Il bando di selezione specifica le competenze professionali e i requisiti curriculari richiesti in ragione della tipologia delle attività sanitarie da garantire, definite nella programmazione strategica aziendale.

2. La commissione per la selezione è costituita da cinque componenti scelti dal collegio di direzione, di cui uno interno all'azienda e quattro nell'ambito di una rosa di otto nominativi di direttori di struttura complessa appartenenti alla stessa disciplina, individuati attraverso pubblico sorteggio tra il personale del Servizio sanitario nazionale iscritto nell'elenco a tale fine tenuto presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. La commissione opera secondo i criteri e le procedure previsti dal regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, garantendo, in particolare, l'anonimato dei *curricula* nella fase di valutazione preliminare. Sulla base di tale valutazione, la commissione seleziona, compatibilmente

con il numero dei partecipanti al bando, non più di tre candidati in possesso delle migliori caratteristiche curriculari con riferimento all'incarico da conferire. Qualora i candidati selezionati siano meno di tre, la procedura di selezione può essere ripetuta per una sola volta. La selezione deve essere adeguatamente motivata. Le aziende sanitarie locali rendono noti, adottando misure di pubblicità e di trasparenza e utilizzando i propri siti *internet*, i *curricula* dei candidati selezionati. I candidati selezionati sono sottoposti a un colloquio attitudinale effettuato in base a criteri fissati dalla regione, gestito dalla commissione e svolto alla presenza del direttore generale. Esperite tali

procedure, il direttore generale individua il candidato cui conferire l'incarico con motivazione scritta.

Art. 14.

(Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario).

1. Il comma 4 dell'articolo 15-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

«4. La direzione di struttura complessa comporta l'esclusività del rapporto di lavoro per la durata dell'incarico prevista dal contratto individuale. La direzione di struttura semplice non comporta l'esclusività del rapporto di lavoro per la durata dell'incarico previsto dal contratto individuale, salvo che per le strutture semplici dipartimentali con autonomia gestionale. Per gli altri incarichi dirigenziali è consentito, a domanda, al termine dell'impegno assunto con il contratto individuale, transitare dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa con effetti giuridici ed economici che decorrono dal primo giorno del mese successivo. Resta fermo che i risparmi aziendali derivanti dal passaggio dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo concorrono al finanziamento delle spese complessive dell'indennità di esclusività e che per le restanti

componenti accessorie si provvede nell'ambito dei fondi destinati alla contrattazione integrativa».

2. Le disposizioni di cui al comma 1 acquistano efficacia a decorrere dalla data di pubblicazione della presente legge nella *Gazzetta Ufficiale*, per gli incarichi assegnati successivamente alla predetta data, e a decorrere dal rinnovo degli incarichi per quelli in vigore alla medesima data.

3. All'articolo 15-*quinquies*, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il primo periodo è soppresso.

Art. 15.

(Formazione specifica in medicina generale e dei medici specializzandi).

1. L'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

«Art. 16. - *(Formazione specifica in medicina generale e dei medici specializzandi).* - 1. La formazione specifica dei medici di medicina generale di cui agli articoli 24 e seguenti del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e successive modificazioni, affidata alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, è coordinata dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali per assicurare l'omogeneità degli indirizzi sul territorio nazionale.

2. La formazione medica di cui all'articolo 6, comma 2, implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, ivi comprese la medicina preventiva, le guardie, l'attività di pronto soccorso, l'attività ambulatoriale e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione. La formazione comporta l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta. Durante il periodo di formazione è obbligatoria la partecipazione

attiva a riunioni periodiche, seminari e corsi teorico-pratici nella disciplina.

3. L'attività professionalizzante prevista dagli attuali ordinamenti didattici in misura non inferiore al 70 per cento dei crediti formativi complessivi è svolta, secondo le modalità disciplinate dall'articolo 38, comma 3, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, nelle strutture universitarie e del Servizio sanitario nazionale, ospedaliere ed extraospedaliere, costituenti la rete formativa individuata dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano per ogni

specializzazione nell'area ove ha sede la scuola di specializzazione.

4. L'attività di cui al comma 3, certificata dal tutore individuale e dal direttore dell'unità operativa ove essa è esercitata, costituisce requisito per l'ammissione alle prove *in itinere* e alla discussione della tesi di specializzazione. I criteri generali della rotazione tra le strutture inserite nella rete formativa sono preventivamente determinati, all'inizio di ogni anno accademico, dall'osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica di cui all'articolo 44 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e costituiscono parte integrante del programma di formazione di cui al comma 2 dell'articolo 38 del medesimo decreto legislativo n. 368 del 1999.

5. Al fine di favorire lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e successive modificazioni, i medici in regola con l'acquisizione dei crediti formativi previsti dall'ordinamento didattico vengono inseriti, a decorrere dal penultimo anno di iscrizione alla scuola di specializzazione e fermi restando gli obblighi didattici relativi alle attività ordinarie delle unità operative, nelle articolazioni organizzative delle aziende sanitarie locali costituenti la rete formativa di cui al comma 3, in possesso dei rapporti più elevati tra volume di attività proprie della disciplina, erogato nell'anno precedente, e *standard* professionalizzante.

6. Al fine di cui al comma 5, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvalendosi dell'osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica di cui al comma 4, e in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, definiscono un protocollo aggiuntivo al contratto di formazione specialistica in cui sono individuati:

a) i criteri di attribuzione alle unità operative delle aziende sanitarie locali;

b) la sede di assegnazione, la durata della stessa e le cause di risoluzione anticipata;

c) il trattamento economico integrativo onnicomprensivo, tale da portare la retribuzione complessiva al valore del tabellare della struttura retributiva del personale dipendente;

d) la tipologia e la modalità di svolgimento delle attività proprie della struttura di assegnazione, che il medico deve personalmente eseguire dopo una graduale e progressiva acquisizione di autonomia professionale, in deroga a quanto disposto dall'articolo 38 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368;

e) l'impegno orario richiesto, pari a quello previsto per il personale medico dipendente, con previsione di riserva di pari entità per l'assolvimento degli obblighi didattici;

f) l'assenza di ogni diritto in merito all'accesso ai ruoli del Servizio sanitario nazionale o dell'università.

7. Le aziende sanitarie locali interessate rendono indisponibile nella pianta organica un posto di dirigente del ruolo sanitario ogni cinque specializzandi inseriti».

Art. 16.

(Sistema nazionale linee guida e valutazione delle tecnologie sanitarie).

1. Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali promuove il coordinamento delle attività assicurate dal Servizio sanitario nazionale in materia di:

a) definizione di linee guida e di percorsi diagnostico-terapeutici, con prioritario riferimento alle aree tematiche associate alla variabilità nella pratica clinica, ai tempi di attesa, alla probabilità di incidenti critici e di errori clinici, alle patologie ad elevata complessità ed elevata incidenza, agli effetti rilevanti sull'organizzazione dei servizi, nonché agli obiettivi individuati nel Piano sanitario nazionale;

b) valutazioni di impatto sanitario ed economico e di analisi dei rapporti costo-beneficio e rischio-beneficio relativamente ai nuovi dispositivi medici e alle nuove tecnologie sanitarie, secondo l'approccio valutativo delle tecnologie sanitarie.

2. Per le finalità di cui al comma 1, presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali è attivato il Sistema nazionale linee guida e valutazione delle tecnologie sanitarie, attraverso la costituzione di un comitato strategico, composto da rappresentanti del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, della Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, dell'Agenzia italiana del farmaco, del coordinamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, del Consiglio superiore di sanità, della Commissione unica dei dispositivi medici, della Commissione nazionale sull'appropriatezza, della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

3. Il comitato strategico di cui al comma 2 elabora e coordina programmi annuali e ne affida la realizzazione ad un comitato organizzativo. La partecipazione al comitato strategico non comporta l'erogazione di alcun compenso, né di rimborsi spese e da essa non devono derivare ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

4. Le modalità di attivazione del Sistema nazionale linee guida di cui al comma 2

sono definite con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 17.

(Sicurezza delle cure).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano le condizioni per l'adozione, presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del Servizio sanitario nazionale, di un sistema per la gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti, incluso il rischio di infezioni nosocomiali, prevedendo l'organizzazione in ogni azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliero-universitaria, policlinico universitario a gestione diretta e istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, di una funzione aziendale permanentemente dedicata a tale scopo, nell'ambito delle disponibilità delle risorse aziendali. I singoli eventi del rischio clinico e i dati successivamente elaborati sono trattati in forma completamente anonima.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito delle rispettive funzioni istituzionali assicurano in ogni azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliero-universitaria, policlinico universitario a gestione diretta e istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, o in ambiti sovrazionali al cui interno operino uno o più ospedali, da esse stesse individuati, il servizio di ingegneria clinica che garantisce l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e da 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, funzionalità e qualità. Il servizio di ingegneria clinica contribuisce alla programmazione delle nuove acquisizioni e alla formazione del personale sull'uso delle tecnologie.

3. All'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 1 e 2 si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali complessivamente disponibili a legislazione vigente presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale interessati, ivi inclusi le aziende ospedaliero-universitarie e i policlinici universitari a gestione diretta.

Art. 18.

(Responsabilità civile delle strutture e del personale sanitario).

1. La responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario medico e non medico, ivi compresa la dirigenza, occorsi in aziende ospedaliere, aziende ospedaliero-universitarie, aziende sanitarie locali, policlinici universitari a gestione diretta, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e in strutture sanitarie private accreditate è posta anche a carico della struttura stessa, conformemente alla disciplina della responsabilità civile.

2. La responsabilità di cui al comma 1 riguarda tutte le prestazioni, comprese quelle relative alle attività libero-professionali intramurarie.

3. In alternativa alla copertura assicurativa, con riferimento ai rischi derivanti dalla responsabilità di cui al comma 1, per le strutture sanitarie pubbliche possono essere istituite forme di garanzia equivalenti, purché non comportino maggiori costi.

Art. 19.

(Definizione stragiudiziale delle controversie).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, nei limiti delle risorse finanziarie, umane e

strumentali complessivamente disponibili, misure organizzative atte a garantire la definizione stragiudiziale delle vertenze aventi a oggetto danni derivanti da prestazioni fornite da operatori del Servizio sanitario nazionale, fermo restando il contenimento delle spese connesse al contenzioso. Le regioni e le province autonome verificano annualmente, con riferimento agli ultimi tre esercizi, il concreto conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa.

2. Le misure di cui al comma 1 sono adottate tenendo conto dei seguenti principi e criteri:

a) previsione della non obbligatorietà della conciliazione, quale strumento di composizione stragiudiziale delle controversie;

b) garanzia dell'imparzialità, professionalità, celerità delle procedure e adeguata rappresentatività delle categorie interessate.

3. È esclusa la possibilità di utilizzare gli atti acquisiti e le dichiarazioni della procedura di conciliazione come fonte di prova, anche indiretta, nell'eventuale successivo giudizio.

4. In caso di accordo tra le parti, la conciliazione è definita con un atto negoziale ai sensi degli articoli 1965 e seguenti del codice civile.

Artt. 20-22.

.....
.....
.....

