



UNIVERSITÀ DI PISA

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Specialistica in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Assistenziali

**IPOTESI DI MODELLO ORGANIZZATIVO E GESTIONALE
DELL'AREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE SULLA
BASE DEL VIGENTE STATUS NORMATIVO, CON
SPECIFICO RIFERIMENTO ALL'AREA PROFESSIONALE
DIETISTICA**

Relatore
Prof. Luca Benzi

Candidato
Marco Buccianti

Anno Accademico 2006-2007

*A chi mi ha aiutato, supportato e incoraggiato
verso questo importante traguardo*

Prefazione

Dietista di professione e aspirante manager della salute, o almeno spero. Proprio così, perché dal titolo in copertina non è poi così scontato che al primo impatto si riesca a codificare il significato della trattazione, vuoi perché la professionalità proposta ha una natura legislativa di recente istituzione, vuoi perché le realtà sanitarie che propongono tale modello sono ancora troppe poche, vuoi perché l'applicazione pratica risulta essere, laddove sia proposta, non sempre rappresentativa delle professioni sanitarie presenti.

Prima però un passo indietro e partiamo innanzitutto dal principio. Una laurea in dietistica con tanta voglia di affermarsi nello specifico professionale e poi un'opportunità formativa, quella della laurea specialistica, nuova, emergente, evoluta rispetto al percorso proprio dell'essere dietista, come una piccola rivoluzione d'assetto generazionale che pone nuove prospettive, nuove competenze, nuovi scenari. Sia ben chiaro contenuti familiari per chi opera nelle strutture sanitarie, ma affrontati e approfonditi con accuratezza e specificità, con lo scopo di acquisire maggior responsabilità e valore operativo.

Di fronte a tale prospettiva mi è sembrato giusto e doveroso intraprendere questo percorso, già sapendo le numerose difficoltà che avrei potuto incontrare, specialmente per chi come me non è un collaboratore tecnico professionale sanitario alle dipendenze SSN. Non per questo mi sono scoraggiato e anche al cospetto di ostacoli rigidi e ben disposti l'atteggiamento è sempre stato propositivo ed incalzante con lo spirito di chi vuol raggiungere con forza gli obiettivi in cui crede; oltretutto la specializzazione è un grado di formazione universitaria di secondo livello e come tale pone necessariamente l'obbligo di affrontare aspetti dell'attività professionale più articolati e complessi.

Nell'arco dei due anni degli studi è maturata gradualmente la coscienza dell'interesse profondo e della curiosità investigativa per la materia che hanno animato mille e più tra idee, pensieri e elaborazioni mentali, una serie di elementi che però non riuscivano a riunirsi in una formulazione precisa per l'elaborato finale di tesi fino a quando, l'incontro con vari professionisti già operanti nel settore, mi hanno dato la forza, la fiducia e il coraggio per avanzare una proposta concreta, figlia di una realtà in continua evoluzione.

A questo punto l'elaborazione continua di informazioni è stata una continua scoperta e, nonostante la difficoltà nel destreggiarmi a reperire materiale valido e attinente alla materia, la capacità di appassionarmi è stata totale, incondizionata e libera.

In quello che leggerete c'è anche un turbinio di sensazioni personali, i vissuti, il percorso seguito, insomma c'è tutto quello che ha portato a redigere questo lavoro, un bagaglio di informazioni e sperimentazioni, con l'auspicio che la realtà professionale degli operatori sanitari non medici possa raggiungere nell'immediato futuro la valorizzazione di cui merita.

Indice

Introduzione	VII
CAPITOLO 1 • L'EVOLUZIONE DELLO STATUS PROFESSIONALE	pag. 3
1.1 Un lento e continuo percorso di valorizzazione	» 5
1.2 Il nuovo ruolo dell'operatore sanitario (non medico)	» 13
1.3 I possibili scenari dell'imminente futuro	» 15
CAPITOLO 2 • COORDINAMENTO E DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	» 17
2.1 Processo obbligato o reale necessità?	» 19
2.2 Autonomia e responsabilità nell'esercizio professionale	» 22
2.3 Il management nel nuovo percorso assistenziale	» 30
CAPITOLO 3 • ORIENTAMENTO ALLA GESTIONE MULTIPROFESSIONALE INTEGRATA	» 40
3.1 La struttura dipartimentale come strumento operativo	» 43
3.2 Politiche di governo per le professioni sanitarie: realtà, opportunità, criticità	» 48
3.3 Modello ipotetico di assetto organizzativo aziendale	» 59
3.4 Lo specifico professionale dell'area dietistica	» 69
Conclusioni	» 75
Bibliografia e sitografia	» 79
Testi di riferimento per l'approfondimento	» 85
Allegati	» 87
Allegato 1: DPCM 25 Gennaio 2008, G.U. 26 febbraio 2008	» 89
Allegato 2: Schema Decreto Legislativo di attuazione della delega di cui all'art. 4 della legge 1 febbraio 2006, n. 43	» 90
Allegato 3: Atto conferenza Stato-Regioni del 15 novembre 2007	» 98
Allegato 4: Legge 17 ottobre 2007, n. 189	» 101

Allegato 5: Legge 1 febbraio 2006, n. 43	pag. 103
Allegato 6: Legge Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40	» 108
Allegato 7: Allegato Delibera Consiglio Regione Toscana 16 febbraio 2005, n. 22	» 119
Allegato 8: Decreto Ministeriale 9 luglio 2004	» 121
Allegato 9: Codice di Etica Professionale Dietista 9 aprile 2003	» 124
Allegato 10: Decreto Ministeriale 2 aprile 2001 ed Allegato n. 3	» 126
Allegato 11: Decreto Interministeriale 2 aprile 2001 ed Allegato n. 3	» 136
Allegato 12: Legge 10 agosto 2000, n. 251	» 142
Allegato 13: Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229	» 145
Allegato 14: Legge 26 febbraio 1999, n. 42	» 183
Allegato 15: Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 744	» 186
Allegato 16: Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502	» 188
Allegato 17: Legge 23 Dicembre 1978, n. 833	» 211

Introduzione

La rapida evoluzione negli ultimi anni dello status delle professioni sanitarie ha determinato la nascita di nuovi modelli assistenziali integrati nelle strutture sanitarie pubbliche, con caratteristici connotati di tipo manageriale.

Sulla base di ciò le strutture ospedaliere e territoriali stanno istituendo nuove aree funzionali, forti già della loro organizzazione interna, ma non senza alcune difficoltà in quanto il ruolo centrale attribuito dalla normativa ai professionisti non medici comporta cambiamenti significativi nell'assetto aziendale di ognuna.

Inoltre la brevità dei tempi rispetto alla nascita del nuovo profilo professionale e la difficoltà di trovare le migliori sintonie organizzative tra gli operatori delle ventidue tipologie di operatori sanitari, sta determinando adattamenti particolari e in alcuni casi non ottimali in funzione di un'assistenza efficace, efficiente ed economica che si vorrebbe ottenere. Non per questo l'importanza di una modifica epocale deve essere sminuita e sottovalutata, anzi, queste proposte neo-formate stanno già subendo notevoli miglioramenti ed integrazioni visibili nei documenti ufficiali rinnovati periodicamente a livello regionale, locale e aziendale da cui emerge la nuova gestione delle politiche sanitarie.

Proprio per questo è necessario analizzare nello specifico il fenomeno e capirne l'essenza per cui è stato pensato e istituito, perché il ruolo della dirigenza delle professioni sanitarie in prospettiva di medio termine potrebbe rivelarsi importante se non essenziale al fine di una corretta gestione dell'assistenza all'utente sanitario, considerando anche il potenziale sviluppo che potrebbe avere sul territorio. Di fronte a questi presupposti è stato ipotizzato, secondo i termini di legge, un modello di organizzazione, coordinamento e gestione dell'area delle professioni sanitarie, per poi addentrarsi nello specifico professionale ed arrivare all'area dietistica analizzando le implicazioni che comporta una sua corretta conduzione tecnico-professionale e su quale può essere il ruolo dell'operatore sanitario a capo di tale area. La sperimentazione del modello deriva anche dall'analisi di altre esperienze proposte e già introdotte sul territorio nazionale dove lo staff

aziendale apicale ha attribuito notevole rilevanza al ruolo degli operatori sanitari per le loro formazione, competenze, professionalità e funzione specifica.

L'ultima sezione dell'elaborato, in allegato, è dedicata ad un numero cospicuo di leggi, atti, documenti sulla normativa vigente in materia, questo perché è stato ritenuto importante integrare la trattazione dei riferimenti necessari a comprendere a fondo le argomentazioni proposte. La fonte di ogni nostro movimento è la norma e come tale deve essere conosciuta e fruibile in qualsiasi momento secondo necessità.

Infine la scelta della pubblicazione elettronica della tesi: il presente lavoro curriculare sarà disponibile in toto a chiunque abbia voglia, curiosità o necessità di consultarla perché per creare una professionalità forte ed evoluta c'è bisogno di sensibilizzare ed informare tutta la comunità del settore e non dei progressi e dei risultati raggiunti ad oggi da chi quotidianamente si confronta con le problematiche della professione che rappresenta.

Con la speranza che possiate apprezzare e, nel caso, migliorare in futuro quanto fatto fin qui, una sincera buona lettura a tutti voi.

L'autore

CAPITOLO 1

L'EVOLUZIONE DELLO STATUS PROFESSIONALE

1.1

Un lento e continuo percorso di valorizzazione

In questi anni stiamo assistendo ad un processo molto particolare in sanità che sta portando al raggiungimento della completa e piena valorizzazione delle professioni sanitarie non mediche.

La grande portata dell'evento sta ridisegnando la geografia delle componenti all'interno di un mondo, quello sanitario, dominato tradizionalmente dalla figura medica⁽¹⁾, dove da sono circa quindici anni si stanno succedendo rilevanti provvedimenti specifici che riguardano lo status della pluralità dei professionisti della salute.

Parallelamente il sistema sanità in Italia nell'ultimo trentennio ha vissuto molti cambiamenti con notevoli e significativi riflessi sul piano delle disponibilità finanziarie e non, con un aumento obbligato d'attenzione nella gestione delle risorse globali.

Il principio ispiratorio della tutela della salute ha radici lontane che affondano già nelle Costituzione delle Repubblica Italiana del 1948⁽²⁾ e precisamente all'articolo 32, dove viene sancito come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, con garanzia di cura agli indigenti.

Il processo di qualificazione della salute e degli organi ivi preposti, segna un'evoluzione molto importante con la legge n. 833/1978 la quale istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, i cui principi ispiratori non verranno più rimessi in discussione dalle successive riforme; tra questi bisogna segnalare la riaffermazione della tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, peraltro senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio perseguita attraverso attività di promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica⁽³⁾. L'attuazione pratica della legge purtroppo non rispecchiò le aspettative innescando una serie di meccanismi concatenanti tra cui la crescita incontrollata della spesa a carico delle finanze pubbliche, la scarsa flessibilità del sistema, la genesi di una cultura di ispirazione burocratica, notevole caos amministrativo per l'attuazione del nuovo sistema e carenza di risorse che portarono al fallimento della riforma.

Dopo il fallimento della legge n. 833 che non era riuscita a raggiungere gli obiettivi prestabiliti, il D.Lgs. n. 502/1992 recante il titolo "Riordino della disciplina sanitaria", introdusse un concetto nuovo per le aziende pubbliche ovvero l'aziendalizzazione. Questo decreto e le s.m.i. (molto importante il D.Lgs. 229/1999) hanno stabilito i fondamenti per il passaggio da un sistema burocratico formale, tipico della Pubblica Amministrazione, a un sistema che pone in primo piano i principi della razionalizzazione e responsabilizzazione economica rispetto alle attività svolte.

Le innovazioni introdotte dai decreti hanno avviato un processo di ripensamento della filosofia di gestione, che ha portato all'introduzione di logiche e strumenti a supporto delle nuove esigenze informative e decisionali. Aziendalizzazione non significa passare da una gestione pubblica ad una gestione puramente privatistica, bensì dotare il soggetto pubblico di strumenti di lavoro tipici del privato e fino allora sconosciuti alla pubblica amministrazione.

Con tale decreto venne avviato un riordino della materia che portò lo Stato ad introdurre elementi di natura privatistica nelle strutture sanitarie conferendogli piena personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica (budget, bilancio, accreditamento, controllo di gestione, reports, centri di costo ecc...).

L'importante cambiamento avvenuto con il processo di Aziendalizzazione delle strutture sanitarie, mette in evidenza dei principi di riferimento completamente opposti all'organizzazione precedente:

- *Principio di autonomia degli organi direzionali*, autonomia della politica rispetto alla tecnica, restituendo alla politica la sua fondamentale funzione in termini di programmazione dell'indirizzo e del controllo in completa autodeterminazione;
- *Principio di economicità della gestione*, intesa come equilibrio economico-finanziario complessivo dell'azienda sanitaria. Non più gestione burocratica, attenta solo alla formalità degli atti, ma organizzazione indirizzata agli obiettivi e ai risultati con allocazione e utilizzazione delle risorse per stimolare la competitività e quindi l'efficienza delle strutture;
- *Principio della responsabilità*, di coloro che amministrano, nel senso della responsabilità di tipo manageriale fondata sulla valutazio-

ne dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi precedentemente fissati.

Proprio per l'affermazione graduale di questi principi, il mondo della sanità pubblica in Italia è andato sempre di più allineandosi a standard aziendali. Soprattutto, a fronte di tagli alla spesa da parte di enti e ministeri che hanno voluto iniziare a tenere strettamente sotto controllo i risultati di gestione.

L'obiettivo ulteriore è stato quello di introdurre nel sistema sanitario meccanismi concorrenziali dove la competitività fosse finalizzata al miglioramento della performance del servizio pubblico in termini di efficacia (capacità dell'azienda o di una sua unità operativa di raggiungere gli obiettivi prefissati), efficienza (rapporto fra risorse impiegate e prestazioni erogate ovvero un più razionale impiego delle risorse assegnate per raggiungere l'obiettivo prefissato) e qualità delle prestazioni per assicurare una metodologia di controllo delle attività assistenziali tale da garantire l'intesa contro meccanismi insiti nell'adozione di un finanziamento basato sul numero delle prestazioni.

Negli stessi anni inizia una vera e propria rivoluzione per la qualificazione professionale degli operatori sanitari che nasce in modo sinergico ma non dipendente dal processo di razionalizzazione e ottimizzazione del governo della sanità, che poi troverà concretezza con le novità dell'aziendalizzazione delle strutture sanitarie.

Tra il 1994 e 1999 per ogni professione sanitaria, con apposito decreto ministeriale, viene emanato il relativo profilo professionale che inquadra in modo generale la figura professionale, ne stabilisce le competenze specifiche e il campo di attività.

La vera svolta però avviene con l'approvazione della Legge n. 42/1999 recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" la quale determina l'abolizione del carattere di ausiliarietà, il riconoscimento dell'autonomia, l'abrogazione (per le professioni che ne erano provviste) di norme di abilitazione di carattere mansionariale e poi il forte richiamo al campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie che è determinato dai relativi profili professionali, dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di laurea e dagli specifici codici deontologici⁽⁴⁾.

Di lì a poco viene emanata un'altra legge, la n. 251/2000 recante "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazio-

ne, della prevenzione nonché della professione ostetrica”, con la quale è riconosciuto alle professioni sanitarie l’accesso alla dirigenza, conferendo alle stesse uno status degno della rilevanza che nel tempo hanno guadagnato sul campo⁽³⁾. La normativa, rispetto alla precedente, entra nello specifico con parole d’ordine come “autonomia professionale”, “ambito proprio di attività e responsabilità”, “codici deontologici”, “ordinamenti didattici”, “formazione di base e post base”.

La legge inoltre definisce le quattro aree di cui le figure professionali rientrano: professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica, professioni sanitarie riabilitative, professioni tecnico sanitarie (area tecnico-diagnostica e area tecnico-assistenziale), professioni della riabilitazione. Stabilisce inoltre le modalità per l’accesso alla dirigenza e rimanda al CCNL per la definizione dei nuovi inquadramenti contrattuali.

Nella storia travagliata delle professioni sanitarie è un momento storico se si considera che nel 1934, nel Testo Unico delle leggi sanitarie, si definivano professioni sanitarie unicamente quelle del medico, del farmacista e del veterinario. Tutte le altre venivano relegate ai ruoli di “arti sanitarie ausiliarie”⁽⁵⁾. Il cambiamento è quindi da considerarsi epocale.

Tramonta la stagione storia della sanità medico-centrica dove nella stessa normativa “sanitario” era da considerarsi medico, dove sanità e medicina coincidevano, dove l’unico vero professionista sanitario era il professionista medico tutta al più coadiuvato da “ausiliari” delle professioni sanitarie⁽⁶⁾.

Il 2 aprile 2001 poi viene emanato il Decreto Interministeriale recante “Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie” con il quale vengono istituiti gli ordinamenti didattici dei corsi delle lauree sanitarie (fino ad allora diplomi) afferenti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia degli atenei italiani e classificate le ventidue professioni sanitarie esistenti in aree sanitarie. Nella stessa data esce il Decreto Ministeriale recante “Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie” con il quale si istituiscono i corsi di laurea specialistica afferenti ai corsi di laurea.

La suddivisione avviene secondo il modello delle lauree con un raggruppamento a quattro aree sanitarie ovvero:

- *classe 1*, delle lauree specialistiche nelle scienze infermieristiche e ostetriche;

- classe 2, delle lauree specialistiche nelle scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione;
- classe 3, delle lauree specialistiche nelle scienze delle professioni sanitarie tecniche (area tecnico-diagnostica e area tecnico-assistenziale);
- classe 4, delle lauree specialistiche nelle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione.

Nella tabella 1 è schematizzata la suddivisione e l'elenco delle professioni sanitarie secondo la normativa citata.

Classe delle lauree nelle professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria Ostetrica	Classe delle lauree nelle professioni sanitarie della riabilitazione	Classe delle lauree nelle professioni sanitarie tecniche	Classe delle lauree nelle professioni sanitarie della prevenzione
Infermiere Ostetrica Infermiere pediatrico	Podologo	<i>Area tecnico - diagnostica</i> Tecnico audiometrista	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro Assistente sanitario
	Fisioterapista	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	
	Logopedista	Tecnico sanitario di radiologia medica, per immagini e radioterapia	
	Ortottista-Assistente di oftalmologia	Tecnico di neurofisiopatologia	
	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	<i>Area tecnico - assistenziale</i>	
	Tecnico della riabilitazione psichiatrica	Tecnico ortopedico Tecnico audioprotesista	
	Terapista occupazionale	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	
	Educatore professionale	Igienista dentale Dietista	

Tabella 1 – Classi ed elenco delle professioni sanitarie.

I decreti pubblicati attuano la riforma dei cicli universitari approvata con il D.M. 3 novembre 1999, n. 509 dal titolo "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei" nota come riforma del c.d. "tre+due". A un primo ciclo di studi che si conclude con una vera e propria laurea si prefigura la possibilità di proseguire gli studi per conseguire la laurea

specialistica⁽⁴⁾ e acquisire il titolo di dottore magistrale. I decreti alla data di promulgazione nella parte strettamente degli ordinamenti didattici, risentono probabilmente di una impostazione biomedica eccessiva e non fanno chiarezza sui criteri di accesso alla laurea specialistica da parte dei professionisti operanti nel settore.

Il chiarimento necessario arriva con il Decreto Ministeriale del 9 luglio 2004 recante “Modalità e contenuti prova di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2004-2005” con il quale viene regolamentato l'accesso ai CLS di area sanitaria che partiranno dal successivo anno accademico.

In questo panorama legislativo che lentamente va delineandosi, le regioni e a cascata tutte le strutture sanitarie del territorio, iniziano a recepire la normativa riguardante le professioni sanitarie inserendo timidamente nei documenti di attuazione delle politiche del territorio (PSR, PAL, PAO, atto aziendale, regolamento aziendale ecc...) gli indirizzi previsti dalle leggi nazionali. Questo percorso inizia senza non poche difficoltà perché il cambiamento previsto dai testi obbliga necessariamente i direttori aziendali a rimodulare gli assetti organizzativi interni e, alla luce di piccoli grimaldelli presenti nella stesura delle norme, il cambiamento prosegue a singhiozzo ed è frutto della mediazione tra le parti, ovvero tra direzione aziendale e rappresentanza delle professioni sanitarie.

Il nodo nevralgico su cui verte la difficoltà di applicazione è principalmente contenuto nella legge n. 251/2000 dove si dichiara che le regioni “possono istituire” e non “devono” istituire la qualifica di dirigente del ruolo sanitario. Conseguenza ne è un recepimento differenziato da regione a regione, influenzato anche dalla storia sanitaria vissuta nel tempo.

La Regione Toscana, con la Delibera n. 22/2005 recante le disposizioni sul Piano Sanitario Regione Toscana 2005-2007 e la Legge n. 40/2005 recante “Disciplina del Servizio Sanitario Regionale”, dispone alcune importanti novità in materia di professioni sanitarie, anche qui grazie all'intermediazione delle rappresentanze in sede di pianificazione legislativa.

La normativa prevede, nei suoi cardini essenziali per la materia in oggetto, la costituzione in ogni azienda sanitaria di strutture organizzative aziendali qualificate come dirigenziali nello staff della direzione aziendale, nomina di un coordinatore delle professioni sanitarie infermieristiche e uno delle pro-

fessioni tecniche-sanitarie tra i responsabili delle strutture organizzative dirigenziali, con possibilità di costituire ulteriori strutture organizzative dirigenziali in base alla complessità ed al volume dell'attività svolta. Molta importanza viene data all'unità operativa, intesa come struttura organizzativa professionale dotata di piena autonomia; a capo delle strutture organizzative professionali può figurare, secondo la norma regionale, un dirigente delle professioni sanitarie o un collaboratore professionale esperto delle professioni sanitarie, previo incarico del direttore generale.

Come si può ben vedere l'applicazione pratica poi non ha rispecchiato fedelmente la suddivisione per aree fornita con la legge n. 251/2000 ma è un buon risultato di partenza per poter avviare il processo di integrazione per tutte le professioni sanitarie e un successo per far affermare il ruolo degli operatori non medici. Attualmente è in fase di elaborazione il nuovo Piano Sanitario Regionale 2008-2010 che prevede di mantenere i propositi del precedente, confermando la direzione delle professioni sanitarie nelle stesse modalità del piano sanitario precedente. Il termine coordinatore dovrebbe essere sostituito da quello di direttore ed inserita una clausola che impegna le direzioni generali delle aziende sanitarie alla verifica dello stato di attuazione di quanto previsto dalla legge.

A livello nazionale il passo successivo di crescita avviene con la legge n. 43/2006 che segna indelebilmente il passaggio verso una piena e qualificata affermazione delle professioni sanitarie. La legge recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" istituisce le basi per l'istituzione degli albi professionali per le professioni sanitarie e la trasformazione dei collegi esistenti. Il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi al fine di istituire i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base di specifici principi e criteri direttivi.

L'unico punto apparentemente non concordante con la normativa è la scelta del legislatore per l'esercizio della funzione di coordinamento, che deve essere espletata da coloro che siano in possesso del titolo di master di primo livello in management per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, dato che già l'istituzione della laurea specialistica portava già con se

tale scopo. Precedentemente la legge n. 251/2000 non chiariva nulla in merito rimandando tutto alla normativa concorsuale di successiva emanazione.

L'ormai imminente istituzione degli albi professionali lasciava presagire un futuro roseo per le professioni sanitarie dato che la legge n. 43/2006 dava tempo al Governo sei mesi per adottare il provvedimento; restava solo da decidere quale fosse la forma migliore per numero e tipologia di albi al fine di rappresentare adeguatamente tutti i professionisti sanitari.

La legge è disattesa e solo il 17 ottobre 2007 con il dispositivo n. 189 recante "Differimento del termine per l'esercizio della delega di cui all'articolo 4 della legge dell' 1 febbraio 2006 n. 43, recante l'istituzione degli Ordini delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione" si prolunga il termine di sei mesi a ventiquattro mesi per legiferare sulla materia.

A tutt'oggi, in prossimità della scadenza del termine ultimo ovvero il 4 marzo 2008, non ci sono ancora notizie certe in merito all'effettivo avvio conclusivo dell'iter per l'istituzione degli albi professionali. L'unico documento da noi reperito è lo schema di D.Lgs di attuazione della delega al Governo di cui alla legge n. 43/2006⁽⁷⁾ che porta una proposta concreta per il raggiungimento degli albi professionali.

Nel frattempo però, grazie all'atto della conferenza Stato-regioni del 15 novembre 2007 e il relativo recepimento tramite DPCM del 15 gennaio 2008 pubblicato in G.U. lo scorso 26-02-2008, è giunto a termine l'iter per definire la normativa concorsuale necessaria all'istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica. In questo modo viene risolto anche il problema generatosi con la legge n. 43/2006 dove l'accesso era consentito solo a coloro in possesso di master di primo livello in management sanitario. Il DPCM prevede la possibilità di accedere alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie con il titolo della laurea specialistica, superando così la normativa transitoria della legge n. 251/2000 che prevedeva il ricorso a contratti ad incarico rimandando ai CCNL la determinazione dei criteri generali e l'assegnazione, la valutazione e la verifica degli incarichi, la graduazione delle funzioni dirigenziali e l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilità del risultato.

1.2

Il nuovo ruolo dell'operatore sanitario (non medico)

Le riforme apportate durante gli anni '90 all'interno del SSN hanno determinato, oltre a cambiamenti sostanziali dal punto di vista tecnico, amministrativo e gestionale, importanti variazioni per quanto riguarda il rapporto tra chi propone e chi usufruisce della prestazione.

Ad oggi è cambiato il modo di considerare il paziente, considerato come un utente interessato soprattutto alla qualità delle prestazioni ricevute piuttosto che alle dinamiche interne alla struttura a cui si rivolge. Dall'altro lato i medici e gli operatori sanitari sono stati tutti chiamati ad adeguarsi alle novità che il governo e le regioni hanno introdotto nel sistema per riuscire a sfruttare appieno le potenzialità in esso presenti al fine di:

- *perseguire* il miglioramento continuo dell'attività svolta che nasce dall'accumulo di conoscenze e di esperienze;
- *fornire* una risposta sempre più vicina, da un punto di vista sia clinico che umano, alle aspettative di coloro che hanno bisogno di assistenza;
- *valorizzare* ciò che la ricerca e le nuove tecnologie hanno portato alla luce con riferimento alla qualità delle prestazioni;
- *raggiungere* un risparmio inteso non più come minor spesa, ma come minor spreco ed investimenti mirati.

Gli operatori sanitari allora diventano una risorsa strategica per la sostenibilità e la qualificazione dei servizi, non più ausiliari del medico, bensì professionisti formati e competenti con capacità di gestione e coordinamento in continua crescita. Il contributo che può venire dalle professioni sanitarie riguarda anche il miglioramento della risposta sanitaria in termini di quantificazione e valutazione della qualità del lavoro svolto.

Inoltre nella sanità moderna il capitale intangibile o capitale culturale⁽³⁾ sta assumendo un valore molto alto, determinato anche dalla competitività tra strutture, cosicché cultura d'impresa, leadership, ricerca e innovazione, immagine e reputazione diventano determinanti. Il professionista deve impegnarsi nel far emergere e valorizzare queste peculiarità al fine di essere parte integrante del processo di partecipazione della salute.

Il professionista sanitario vive per un'utilità sociale che si forma e si modella a seconda delle esigenze e degli avvenimenti quotidiani sul campo, una professione che non può prescindere dall'attenzione specifica ai bisogni socio-sanitari evincibili e fermamente sottolineati in ciascun profilo professionale. Tali bisogni legittimano un cambiamento di status determinando una risposta sanitaria di tipo "to care" ovvero "di assistenza" mediante un approccio all'utente di tipo bio-psico-sociale⁽⁸⁾ propria dell'area delle professioni sanitarie. Il medico invece si pone con un approccio di tipo biologico ovvero "to cure" "di cura" che non potrà mai modificare perché non è nella tipicità della sua professione e professionalità, non ha né formazione né esperienza.

In questo troviamo la differenza sostanziale tra le due figure; solo l'operatore che nello svolgimento delle sue azioni può applicare competenza, responsabilità e autonomia professionale è in grado di dare risposte appropriate all'esterno pur rimanendo all'interno della propria attribuzione e ma con un rapporto di stretta collaborazione con il medico.

Le professioni sanitarie svolgono un importante ruolo anche nel passaggio verso una gestione per processi con responsabilità sulla programmazione, gestione e coordinamento del personale non medico, sull'aggiornamento dello stesso e sull'analisi delle prestazioni assistenziali erogate. Adeguata attenzione deve essere data anche alle capacità relazionali perché i professionisti dirigenti devono saper motivare altri operatori a dare il meglio di sé allo scopo di raggiungere obiettivi comuni e rilevanti sia per le persone direttamente interessate sia per l'intera società⁽⁹⁾.

In questo quadro di cambiamento strutturale, la risposta non può derivare solo da una nuova legislazione: occorrono anche e soprattutto, politiche manageriali maggiormente concentrate sulle risorse umane e la loro valorizzazione e poi parallelamente sugli obiettivi di efficienza, riqualificazione della spesa e ricerca di alti livelli di servizi qualitativi, con attenzione particolare alla complessità assistenziale e alle evidenze scientifiche perché possano generare nuovi approcci sanitari.

A questa necessaria diffusione di cultura manageriale, in ambito sanitario, le professioni sanitarie possono contribuire creando e sviluppando contenuti specifici per rendere la disciplina adeguata agli standard richiesti dalla struttura e dal sistema.

1.3

I possibili scenari dell'imminente futuro

Di fronte al quadro normativo e di professionalità presentato nei paragrafi precedenti gli scenari che si aprono per le professioni sanitarie nell'imminente futuro sono potenzialmente ampi ma da valutare con estrema attenzione e prudenza vista la complessità della materia e il numero elevato di professionisti coinvolti.

Il processo di professionalizzazione sembra ormai destinato a raggiungere compimento con l'istituzione degli albi professionali che, nonostante preveda nella forma un cospicuo accorpamento tra le varie professioni, rappresenterebbe nella sostanza un successo enorme considerando anche il contesto di instabilità politica e decisionale che sta attraversando l'Italia in questo ultimo periodo e in cui si inserisce l'iter finale del procedimento normativo. Il tanto sospirato traguardo per i 530.000 operatori sanitari sarà il giusto riconoscimento per la professionalità prima maturata sul campo e poi riconosciuta a livello normativo. Gli ordini professionali completeranno un percorso che concede pari dignità a tutti i professionisti sanitari e al cittadino e garantisce all'utente prestazioni di qualità.

Questa rappresenta l'opportunità più concreta nel breve-medio termine, non trascurando il DPCM del 25 gennaio 2008, sulla base del quale è possibile indire bandi di concorso per la qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie, previa pianificazione di opportune strutture organizzative all'interno delle aziende sanitarie.

A livello individuale, cioè di singola professione, invece c'è ancora da portare delle integrazioni alle varie normative di riferimento, soprattutto per quello che riguarda i codici di etica e/o codici deontologici. Tali documenti, insieme al profilo professionale e alla normativa nazionale, garantiscono una tutela completa per il professionista nell'erogazione delle prestazioni nei confronti dell'utenza esterna in termini di responsabilità e autonomia operativa. Le associazioni professionali in tutto questo sono state e sono indispensabili, sia nell'elaborazione di tali documenti, sia nella rappresentatività nelle sedi istituzionali per tutelare il rispetto e la dignità di ogni singola professione.

Il sostegno di cui necessitano deve essere costantemente implementato da parte dei professionisti della salute, portando anche il proprio contributo in termini di esperienza personale.

In aggiunta a ciò, nel 2008 va in scadenza il Piano Sanitario Nazionale e a cascata verranno rinnovati i vari Piani Sanitari Regionali; di conseguenza la normativa territoriale vedrà una totale revisione.

Un'altra stagione di concertazione e contrattazione aspetta gli operatori sanitari per promuovere nelle sedi adeguate le necessarie iniziative per continuare ad essere una realtà concreta nella sanità moderna. Se è vero che la forza contrattuale per ottenere i giusti riconoscimenti a livello istituzionale è forte in virtù del numero di professionisti sanitari operanti, è anche vero che a livello aziendale la parcellizzazione e la dispersione nelle strutture/reparti rischia di vanificare o quanto meno ridurre il potenziale di azione delle professioni sanitarie. Proprio per questo va incentivata e rafforzata.

Inoltre la capacità di muoversi d'intesa a livello legislativo, pur sacrificando in alcuni casi l'interesse della singola professione, ha consentito il raggiungimento di importanti risultati a beneficio delle pluralità. Considerando che la normativa pian piano sta diventando sempre più pregnante e specifica, segno del ruolo determinante che gli operatori sanitari stanno acquisendo giorno dopo giorno anche sui risultati attesi da parte delle strutture sanitarie, è necessario eliminare definitivamente situazioni di discrepanza per non rischiare di imbattersi in seri problemi di legittimità costituzionale in merito al principio di uguaglianza tra coloro che possiedono e coloro che non possiedono atti normativi chiari e specifici.

Questa disparità però non è simmetrica al sistema medico-centrico bensì trasversalmente tra professioni dotate di strumenti di garanzia (albi, codici deontologici ecc...) e altre non dotate; infatti i problemi maggiori sono derivati, in questi anni, dall'integrazione o dalla tentata integrazione delle nuove norme di esercizio professionale.

La nuova operatività e i nuovi rapporti tra le professioni sono stati ridisegnati dallo Stato ma necessitano di un serio approfondimento da parte del mondo professionale, oggi più di prima per garantire un'assistenza di qualità.

CAPITOLO 2

*COORDINAMENTO E DIREZIONE
DELLE PROFESSIONI SANITARIE*

2.1

Processo obbligato o reale necessità?

Il dibattito che molti professionisti afferenti alle professioni sanitarie sono oggi chiamati a sostenere, è se sia o meno appropriato puntare su una dirigenza propria delle professioni sanitarie, oppure se la stessa possa essere assolta da altri professionisti.

La discussione non si esaurirà con la trattazione di seguito, anzi è probabile che molto ancora ci sia da fare per raggiungere una piena risposta al quesito, ma è necessario e doveroso cogliere la tipicità delle professioni coinvolte nel processo con riferimento allo “specifico professionale” che richiede conoscenze e competenze maturate nell’ambito formativo e operativo, per poter rendere appropriata ed efficace l’attività di management.

Il management non si acquisisce solo sull’esperienza; il frutto della ricerca nel campo delle scienze economiche e di quelle umane e sociali che studiano le organizzazioni, deve essere necessariamente applicato e contestualizzato alla pratica clinico-assistenziale.

Sicuramente l’indirizzo normativo che il legislatore ha indicato e continua a indicare dimostra l’importanza che i professionisti della sanità rivestono nelle dinamiche della salute e dei percorsi assistenziali, non tralasciando le competenze che hanno raggiunto negli anni e il tipo di posizione cruciale che ora rivestono nel rapporto con l’utenza.

Inoltre la sensibilità a livello politico per la conduzione delle strutture sanitarie sta sempre più cercando di garantire la buona amministrazione delle risorse considerando centrale il fruitore delle prestazioni offerte; per poter raggiungere tale obiettivo è però necessaria una prospettiva chiara di sviluppo, di valorizzazione, dell’apertura alla visione strategica e di conferimento specifico dei ruoli considerando le finalità da perseguire.

L’introduzione poi del concetto di azienda all’interno del SSN, reso necessario dalla sempre maggiore complessità delle procedure e della gestione delle risorse umane, nonché dalla necessità di coniugare le aspettative della popolazione in termini di richiesta di assistenza sanitaria con le disponibilità economiche, ha favorito l’integrazione con gli ex ausiliari sanitari.

Proprio su queste basi allora bisogna domandarsi se effettivamente il percorso di qualificazione professionale verso il coordinamento e la direzione delle professioni sanitarie sia obbligato o una reale necessità.

Se consideriamo tale strumento sotto l'aspetto della valorizzazione contrattuale possiamo affermare che le professioni sanitarie sono in grado di offrire un elevato livello di qualità e professionalità. Vedere il management come scelta strategica può innestarsi in un contesto aziendale tecnico-organizzativo per perseguire razionalmente i fini preposti considerando che l'attenzione oltre ai processi di gestione ordinaria, deve essere data nell'esprimere consapevolezza dei propri interlocutori, delle loro aspettative e delle dinamiche ambientali come base per la formulazione d'indirizzi espliciti e partecipati. La prospettiva di sviluppo deve garantire un successo durevole all'azienda tenendo conto del contesto istituzionale in essere ma anche cercando di delineare una visione del futuro.

Inoltre sarebbe possibile pensare, sbagliando, al coordinamento delle professioni sanitarie come una sovrastruttura, se posta come area di nuovo inserimento nell'attuale fisionomia degli apparati sanitari aziendali senza adattarla alle funzioni degli organi già presenti. È necessario, come tante strutture stanno già pian piano facendo, produrre soluzioni concrete di integrazione con i sistemi già esistenti e sulla base delle reali necessità dell'ambiente senza andare a scontrarsi proponendo un modello standard, imm modificabile. Allo stesso tempo però non è possibile pensare di continuare a lasciare in secondo piano gli operatori sanitari viste le competenze specifiche possedute come in tanti casi sta succedendo, oppure istituire strutture dotate della loro professionalità ma con una rappresentatività non reale.

L'approccio deve essere di piena concertazione tra i professionisti coinvolti perché ormai non è più possibile negare, alla luce della normativa vigente, ruolo, valore e competenze ai professionisti della salute.

Il rischio è un altro fattore da non sottovalutare perché tutte le innovazioni portano con sé una dose di pericolo operativo e gestionale. La prevenzione a tutti i livelli può essere fatta attraverso lo studio del "risk management" ovvero lo studio della gestione integrata dei rischi in azienda, mediante un processo sistematico d'individuazione, valutazione, riduzione e controllo dei rischi stessi, con l'obiettivo è quello di accrescere il valore dell'impresa attraverso una migliore gestione di tutti i rischi aziendali⁽³⁾.

Allora in base a quanto detto il coordinamento e la direzione delle professioni sanitarie rappresenterebbero una reale possibilità traducibile in opportunità da non disperdere fino ad arrivare, attraverso un'analisi approfondita dei bisogni e delle aspettative di salute, alla conclusione di reputarlo processo effettivamente necessario.

Nonostante ciò dobbiamo ancora approfondire un aspetto essenziale per avanzare una proposta definitiva, perché se è vero che esistono i presupposti per introdurre una nuova forma di gestione dei percorsi assistenziali, è anche vero che fino ad oggi, seppur con connotati diversi rispetto allo scenario circostante, tali attività hanno riguardato la dirigenza medica. Potremmo dire che basterebbe tale classe professionale per risolvere il problema, ma forse non diremmo il vero e perciò vediamo i motivi di tale affermazione.

Nel caso del coordinamento e direzione delle professioni sanitarie dobbiamo considerare prima di tutto l'oggetto della nostra attenzione. È possibile perciò distinguere un coordinamento del personale e un coordinamento dello specifico professionale. Nel caso del personale la funzione può essere assolta indifferentemente da chiunque a partire dal personale tecnico-amministrativo, al personale medico o addirittura semplici burocrati esperti di economia e diritto sanitario.

Nel caso dello specifico-professionale la funzione deve essere assolta solo dagli appartenenti alla professione o professionisti afferenti all'area sanitaria coinvolta. Per questo c'è necessità di operatori qualificati, i quali possono produrre risposte logiche ed appropriate perché formati e preparati specificamente per le attività di management sanitario.

La risposta che cercavamo ora è ben delineata e trova corpo nella necessità di produrre professionalità di qualità. Non è una scelta obbligata, bensì una volontà forte e decisa che riconosce valore e competenze, perché gestire non è solo ottimizzare "moneta e mattone", ma è anche avere a che fare con un capitale umano e culturale.

2.2

Autonomia e responsabilità nell'esercizio professionale

L'autonomia e la responsabilità nell'esercizio professionale nell'ambito delle professioni sanitarie sono due aspetti strettamente connessi dove l'una è funzione dell'altra, un connubio perfetto di libertà e dovere congiunti.

Il significato di essere professionista deriva dalla natura della professione che, dopo l'abolizione dei mansionari (manuali esecutivi) del 1999, diventa di tipo intellettuale determinando la nascita di nuove competenze e l'abolizione del carattere ausiliario con riflessi importanti sull'assetto sociale.

Intraprendere questa professione implica scegliere una strada dove la responsabilità non si configura solo con la lettura delle norme come tali, bensì attraverso la loro conoscenza dapprima generale e poi particolareggiata, la quale permetta una riflessione, un confronto ed una scelta finale ponderata e consapevole. Aderire ad una soluzione pre-confezionata fornita dalla norma determina solo una fuga dalla responsabilità senza preoccuparsi delle possibili implicazioni e delle relative conseguenze⁽¹⁰⁾.

Il concetto normativo di responsabilità in ambito medico-sanitario è prettamente di natura giuridica dove il soggetto risponde civilmente e/o penalmente in caso di condotta caratterizzata da errori od omissioni con danno alla persona. Il concetto corrente invece è sempre più spostato verso un allargamento dei confini arrivando ad annettere anche il sapere, il saper fare e il saper essere coinvolgendo altri ambiti professionali sanitari, soprattutto quello degli operatori non medici e prevedendo tutta una serie di interazioni tra professionisti ed utenti assai significative.

In riferimento a ciò la responsabilità diventa in particolar modo un impegno a mantenere un comportamento congruo e corretto, concetto accolto esplicitamente nel nostro ordinamento legislativo da alcuni anni. In precedenza nelle leggi i richiami alla responsabilità dei professionisti della salute erano sporadici. Infatti, per citare alcuni riferimenti normativi significativi, il Testo Unico delle leggi sanitarie, approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265 parlava di aspetti della responsabilità del farmacista e del medico, limitandola ad alcune situazioni particolari. Nella legge n. 833/1978 di istituzione del SSN, non se ne fa cenno ed il D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, recante lo stato giuridico

del personale delle unità sanitarie locali, menziona la responsabilità solamente a proposito del ruolo professionale e dei medici.

Nel D.Lgs n. 502/1992 di riordino della disciplina in materia sanitaria, invece viene espressa l'affermazione di autonomia relativamente alla dirigenza medica e delle professioni sanitarie, la quale si perfeziona in termini di responsabilità (art. 15).

Di poco successiva, e comunque promossa dall'articolo 6 dello stesso decreto legislativo, è la stagione dei profili delle professioni sanitarie approvati con vari decreti ministeriali a partire dal settembre 1994. In molti di essi, ma non in tutti, si cita il professionista come "responsabile" o se ne indica la "responsabilità" in relazione alle funzioni proprie. Il dettaglio delle fonti normative è desumibile dalla tabella 2.

Professione	D.M. approvazione profilo	Responsabilità
Infermiere	D.M. 14 settembre 1994, n. 739	Art. 1; c. 1
Ostetrica/o	D.M. 14 settembre 1994, n. 740	Art. 1; c. 1
Fisioterapista	D.M. 14 settembre 1994, n. 741	Non indicata
Logopedista	D.M. 14 settembre 1994, n. 742	Non indicata
Ortottista – Assistente di oftalmologia	D.M. 14 settembre 1994, n. 743	Art. 1; c. 1
Dietista	D.M. 14 settembre 1994, n. 744	Non indicata
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	D.M. 14 settembre 1994, n. 745	Art. 1; c. 1
Tecnico sanitario di radiologia medica, per immagini e radioterapia	D.M. 14 settembre 1994, n. 746	Art. 1; c. 1 e 2
Tecnico ortopedico	D.M. 14 settembre 1994, n. 665	Art. 1; c. 2
Podologo	D.M. 14 settembre 1994, n. 666	Non indicata
Tecnico audiometrista	D.M. 14 settembre 1994, n. 667	Art. 1; c. 1 e 3
Tecnico audipotesista	D.M. 14 settembre 1994, n. 668	Art. 1; c. 1 e 2
Tecnico di neurofisiopatologia	D.M. 15 marzo 1995, n. 183	Art. 1; c. 1 e 1
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	D.M. 17 gennaio 1997, n. 56	Non indicata

Tecnico della riabilitazione psichiatrica	D.M. 17 gennaio 1997, n. 57	Non indicata
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	D.M. 17 gennaio 1997, n. 58	Art. 1; c. 1 e 4
Assistente sanitario	D.M. 17 gennaio 1997, n. 69	Art. 1; c. 1 e 2
Infermiere pediatrico	D.M. 17 gennaio 1997, n. 70	Art. 1; c. 1 e 1
Terapista occupazionale	D.M. 17 gennaio 1997, n. 136	Non indicata
Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e per fusione vascolare	D.M. 27 luglio 1998, n. 316	Art. 1; c. 1 e 3
Educatore professionale	D.M. 8 ottobre 1998, n. 520	Non indicato
Igienista dentale	D.M. 15 marzo 1999, n. 137	Non indicato

Tabella 2 – Riferimenti normativi e responsabilità dei profili professionali area sanitaria.

La legge n. 42/1999 avalla e perfeziona il processo che i decreti ministeriali avevano preparato. Sul concetto di responsabilità è fondato in particolare l'articolo 1 che indica il campo di attività e di responsabilità delle predette professioni sanitarie, il quale è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitari (ora laurea universitaria) compresa la formazione post-base, nonché dagli specifici codici deontologici ove esistenti.

Non vi è dubbio che il concetto di responsabilità accolto nei decreti ministeriali istitutivi dei profili professionali prima e nella legge n.42/1999 poi, è quello del comportarsi in modo consono ai doveri connessi alla professione e all'interesse di salute dell'assistito (il che si ottiene seguendo le menzionate norme di riferimento) non già quella dell'essere chiamati a rispondere dell'operato scorretto.

La parola responsabilità quindi ha un duplice significato: non solo quello di attitudine ad essere chiamati a rispondere ad una qualche autorità di una condotta professionale riprovevole, ma anche quello di impegno per mantenere un comportamento congruo e corretto. Di tali due aspetti delle responsabilità, quello menzionato per primo corrisponde ad un concetto del termine che rispecchia un'ottica definibile come "negativa", perché si è chiamati a rispondere, quando ormai l'errore o l'omissione è stato commesso/a davanti ad un giudicante, in contrapposizione a quella "positiva" del secondo aspetto, quella dell'essere responsabili, dell'assumersi cioè la responsabilità che l'esercizio

professionale comporta per realizzare una condotta adeguata all'interesse di salute della persona, evitando errori o omissioni.

L'accezione negativa implica una valutazione a posteriori da parte di un soggetto esterno mentre l'accezione positiva implica una valutazione prima e durante la prestazione d'opera da parte dello stesso soggetto agente. L'ambivalenza del termine responsabilità è schematizzato nella tabella 3.

Ottica negativa	Ottica positiva
Essere chiamati a rendere conto del proprio operato; colpevolezza	Conoscenza degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico
Valutazione da parte di un giudice ex post	Impegno dell'operatore sanitario ex ante

Tabella 3 – Accezione negativa e positiva della responsabilità.

Questi due aspetti della responsabilità non rappresentano una banale alternativa semantica; sono piuttosto i principi ispiratori di due stili di agire professionale, che possono essere schematicamente caratterizzati come nella tabella 4, dove la colonna di sinistra riporta i principi della filosofia cui si ispira il professionista che articola la propria condotta facendosi guidare dal timore di poter essere chiamato a render conto del proprio operato davanti ad un giudice; quella di destra i corrispondenti principi ai quali si ispira il professionista che articola la propria condotta sulla base della coscienza dell'impegno professionale.

L'accezione negativa della responsabilità si può configurare sotto l'aspetto penale, civile, contabile, amministrativo e disciplinare.

Ottica negativa	Ottica positiva
<i>Connessioni principi ispiratori della condotta professionale</i>	<i>Connessi principi ispiratori della condotta professionale</i>
Obiettivo prevenzione di sanzioni	Obiettivo tutela della salute
Centralità del professionista	Centralità dell'assistito
Sentenza della Magistratura come guida ed appiattimento della cultura scientifica	Conoscenze scientifiche aggiornate come guida
Professionista espletata in modo difensivo e possibili danni all'assistito da omesso intervento qualificato	Professione ispirata alla solidarietà dell'assistito
Esasperazione dei formalismi	Valorizzazione degli aspetti sostanziali
<i>RISULTATO POSSIBILE:</i> <u>EFFETTO BOOMERANG</u>	<i>RISULTATO POSSIBILE:</i> <u>LA COERENZA</u>

Tabella 4 – Principi ispiratori ed effetti dell'accezione negativa e positiva della responsabilità.

Una annotazione importante da sottolineare, evincibile dalla tabella 4, è quella della presenza del termine responsabilità contenuto all'interno di non tutti i testi dei profili professionali. Per quello che ci riguarda da vicino il D.M. recante il profilo del Dietista non né fa menzione, operando una discriminazione di forma ma non di sostanza perché la responsabilità è comunque intrinsecamente connessa all'esercizio della professione.

La legge n. 42/1999 si esprime testualmente in modo da conferire al termine "responsabilità" il valore positivo dell'assumere una condotta congrua rispetto ai bisogni dell'assistito. Infatti, per delineare "il campo proprio di responsabilità" sono richiamati tre principi ispiratori, tutti di carattere normativo, ai quali attenersi. Ciò significa che, nella visione della legge n. 42/1999, è responsabile (comportamento responsabile), l'operatore sanitario che, nell'esercizio professionale, si riferisca ai contenuti del decreto ministeriale istitutivo del proprio profilo professionale, degli ordinamenti didattici del corso universitario e dei corsi di formazione post-base, nonché del proprio codice deontologico.

Importanti riferimenti li troviamo anche nelle norme etiche. La professione sanitaria del Dietista possiede un proprio codice di etica professionale emanato dall'ANDID (Associazione Nazionale Dietisti) nel 2003 il quale vuole unire etica e responsabilità, infatti si parla di etica della responsabilità, ricordando comunque che la mancata conoscenza delle norme del codice non esime dalla responsabilità disciplinare.

L'etica della responsabilità è l'etica della solidarietà verso la persona, dell'impegno attivo, del prendersi cura della persona, della promozione dell'autonomia della persona, del rispetto della persona, della riservatezza.

L'evoluzione del codice di etica è il codice deontologico che porterebbe ad una tutela completa del professionista nei confronti dell'utente e di qualità per le prestazioni erogate, alcune professioni sanitarie già lo possiedono, altre invece ancora ne sono prive, come nel caso della professione di dietista. La trasformazione del codice di etica in deontologico, assieme alla forza del profilo professionale (in accordo e coordinamento) permettono di porsi di fronte ad una eventuale interpretazione di fronte all'autorità competente in modo diverso, con più forza e completezza.

Sulla base dei tre elementi citati fino ad ora, cioè etica, deontologia e diritto (norme), se posti su uno schema di progressione come rappresentato nel grafico 1, possiamo affermare che, a parità di condizioni, ma mano che ci avviciniamo al centro la richiesta in termini di prestazione che viene fatta al professionista è sempre più alta e dimostra come non si può parlare di un solo fattore influente nei processi di responsabilità, bensì di un'integrazione di tutti quelli presenti.

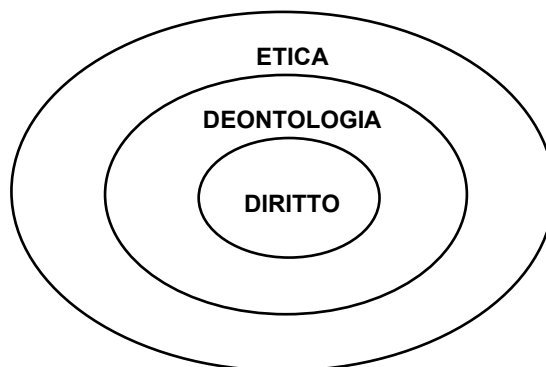


Grafico 1 – Elementi implicati nella richiesta di prestazione sanitaria.

Parlando più specificatamente di autonomia invece, troviamo riscontro nella normativa proposta dalla legge n. 251/2000 dove viene manifestato per la prima volta (artt. 1, 2, 3, 4) esplicitamente, il principio dell'autonomia nell'esercizio delle professioni sanitarie, citato all'articolo 6 del D.Lgs n. 502/1992. Ciascuno degli articoli citati concerne una diversa classe di professioni. L'articolo 3 è quello inerente alle professioni tecnico-sanitarie, all'interno delle quali rientra anche il Dietista. Già la legge n. 42/1999, affermando in sostanza che nessuna professione sanitaria è di ausilio ad un'altra professione, aveva già dichiarato implicitamente che ogni professione sanitaria è autonoma.

La dichiarazione formale dell'autonomia delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 502, effettuato dalla legge n. 251/2000 ha tuttavia rilievo, perché consente di far chiarezza su un aspetto interpretativo dei profili professionali approvati con appositi decreti ministeriali ovvero che le funzioni enunciate nei decreti ministeriali recanti profili professionali sono da intendere svolte in regime di autonomia.

Detto ciò, occorre stabilire a quale concetto di autonomia si riferisca la legge citata. Infatti, anche per di "autonomia" possono essere proposte defini-

zioni in termini prevalentemente negativi, sottolineando che il sostantivo sta a indicare l'esistenza di un ambito proprio di esercizio professionale, da realizzarsi senza vincoli di subordinazione, operativa e decisionale, rispetto ad altri professionisti; può essere anche proposta una definizione di carattere positivo, che si limiti ad enfatizzare i contenuti, la metodologia e gli obiettivi propri della professione, una definizione, cioè, che sia formulata in modo da non dover necessariamente richiamare che l'attività è svolta senza vincoli rispetto ad altre professioni.

La scelta di basare la definizione del concetto di autonomia sulla distinzione fra le funzioni proprie da quelle di altre professioni sanitarie può comportare a teorizzazioni che, forse utili da punto di vista pratico, rischiano di essere limitative dello stesso concetto di autonomia. Tuttavia, l'idea dell'autonomia delle professioni indicate nell'art. 6, comma 3 del D.Lgs. n. 502/1999, tende a restare ancorata ad una sorta di affrancamento dalla professione medica, il che induce a considerare l'autonomia di una data professione per contrapposizione a quella medica.

Considerare l'autonomia come negazione della indipendenza professionale che caratterizza oggi l'organizzazione sanitaria nella cura della persona sarebbe indubbiamente dannoso per quest'ultima. Anzi, autonomia dovrebbe corrispondere a: competenza nella realizzazione dello specifico professionale e nell'integrazione con altri professionisti. Autonomia è competenza di operare secondo le regole proprie della professione. Le regole professionali non contrastano certo con metodi di lavoro basati su partecipazione, condivisione, integrazione fra professionisti.

È fondamentale considerare una definizione di autonomia, di carattere positivo, centrata, sulle caratteristiche proprie della professione, a prescindere dall'enfatizzare inutilmente l'assenza di vincoli di subordinazione rispetto ad altre professioni. L'autonomia nello svolgimento delle funzioni professionali va dunque considerata valorizzando i suoi fattori caratterizzanti. Di questi tre sono di carattere intrinseco (all'attività professionale) e due di carattere estrinseco (di carattere interprofessionale)⁽¹⁰⁾.

La tabella 5 raffigura le possibili suddivisioni dell'autonomia.

In base a fattori intrinseci			In base a fattori estrinseci	
<i>Secondo la fase dell'intervento</i>	<i>Secondo macro-area di attività sanitaria</i>	<i>Secondo la natura dell'atto sanitario</i>	<i>Secondo l'integrazione con altri professionisti sanitari</i>	<i>Secondo la relazione con il medico</i>
nella scelta	nella prevenzione	Intellettuale	nel coordinamento	su prescrizione medica
nella progettazione	nella diagnosi	Relazionale	nella collaborazione	su iniziativa personale
nell'applicazione	nell'assistenza	Tecnica	nell'attività di equipe	
nella verifica-controllo	nella terapia		nell'attività individuale	
	nella riabilitazione			

Tabella 5 – I fattori dell'autonomia professionale.

Riferendoci allo specifico professionale del dietista, il codice di etica non cita l'autonomia professionale, ritenendola superflua o non attinente a tale materia, ma propone la cultura dell'integrazione professionale nell'interesse di salute della persona (capo IV).

Alla luce di quanto detto, è necessario superare le discrepanze normative che ci sono all'interno di ogni professione sanitaria, per tutti gli aspetti elencati, perché il permanere di distinzioni potrebbe creare non poche difficoltà in caso di contenziosi e applicazioni pratiche della normativa.

2.3

Il management del nuovo percorso assistenziale

In ambito sanitario il processo di aziendalizzazione ha determinato il passaggio da una gestione di stampo formale e burocratico a una gestione di tipo manageriale fondata sull'attribuzione di incarichi, su verifiche periodiche dei risultati e conseguimento di maggiori livelli di efficacia ed efficienza.

Il cambiamento delle strutture sanitarie pubbliche, avviato con il D.Lgs. n. 502/1992 e ulteriormente integrato dal D.Lgs. 229/1999, ha spinto le aziende sanitarie a cimentarsi con il processo d'individualizzazione delle linee di sviluppo aziendale e con la gestione del cambiamento organizzativo. Il tema della gestione impatta su almeno tre livelli di funzionamento operativo: livello di struttura, il livello della responsabilità e il livello dei meccanismi di governo, ciascuno dei quali apre a sua volta dei percorsi di attuazione distinti nella forma, ma interdipendenti nella sostanza⁽³⁾.

In tal modo le aziende sanitarie pubbliche caratterizzano per una doppia appartenenza contemporaneamente all'ambito pubblico e privato: da una parte afferiscono all'area dei servizi pubblici, mentre dall'altra si affermano sempre di più come attori privati in grado di sviluppare la funzione di auto-organizzazione.

Da ciò consegue che autonomia imprenditoriale è prima di tutto responsabilità del management, collegata direttamente all'obiettivo di aggiornare costantemente l'insieme quali-quantitativo dei servizi sanitari offerti, in funzione delle esigenze di nuovi servizi sanitari richiesti dalla popolazione di riferimento.

La maggior parte delle attività viene svolta all'interno di nuclei organizzati il cui funzionamento diventa sempre più complesso sia per il crescere delle loro dimensioni, sia per la complessità delle tecnologie e dei processi produttivi impiegati, sia per l'articolarsi della dinamica ambientale entro cui le organizzazioni si muovono.

Da tutto ciò è nata l'esigenza di gestire queste organizzazioni: la necessità di azioni di management, ovvero la necessità di qualcuno che si ponga, a diversi livelli del servizio, per analizzare, progettare e gestire forme e sistemi di azione collettiva. L'azione di management serve ogni qual volta due o

più persone, in qualsiasi tipo di attività organizzata, interagiscono per raggiungere uno scopo comune. Ogni attività umana organizzata, fa sorgere due esigenze fondamentali ed opposte: la divisione del lavoro in vari atti da eseguire e il coordinamento di questi atti per raggiungere un determinato risultato⁽¹¹⁾.

I manager diventano perciò i soggetti decisori che stabiliscono le regole da seguire per effettuare le azioni giornaliere e per conseguire gli obiettivi prefissati.

Per molto tempo si è creduto che l'efficienza nella produzione, stava nelle qualità e nelle capacità personali del singolo imprenditori e mentre il resto del gruppo erano semplicemente dei meri esecutori di progetti altrui.

Finalmente tutto ciò è ormai superato da una nuova filosofia gestionale che vede nell'organizzazione il punto di forza di un'azienda e la buona gestione di essa è diventata una necessità imprescindibile.

Il termine "management" è assunto ed utilizzato con significati diversi nel senso che per alcuni sta a significare l'attività di pianificazione e controllo, la risorsa operativa finalizzata a realizzare e controllare i fenomeni di cambiamento, la capacità di ottenere che persone con ruoli e professionalità diverse operino insieme per aggiungere concretamente i risultati desiderati per altri e la gestione del cambiamento in situazione di risorse limitate; per altri ancora la capacità di guidare un'organizzazione al raggiungimento di obiettivi prefissati, l'uso razionale dei fattori di produzione, la capacità di motivare il personale dirigente ad esercitare leadership e l'attività di direzione che impone l'uso di metodi scientifici⁽¹²⁾.

Secondo un altro gruppo di pensiero il management è la scienza, la disciplina, l'arte che opera con risorse umane finanziarie e fisiche per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione⁽¹³⁾.

Difficilmente quindi è possibile tradurlo in lingua italiana con una sola parola. Il termine che più si avvicina al suo significato è quella di gestire. Più approfonditamente l'azione di management rappresenta l'operare con le risorse umane, finanziarie e fisiche per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione svolgendo funzioni di pianificazione, organizzazione guida e controllo. Il management è una scienza essenzialmente pratica che prende a prestito da altre discipline una parte non trascurabile dei propri contenuti. Ha un'area di interesse che è l'organizzazione in cui la risorsa umana è la componente fondamentale.

Il management implica anche l'adozione di una configurazione organizzativa che sia in grado di supportare tutte le attività da espletare. In ambito sanitario è possibile fare riferimento innanzitutto al modello di Mintzberg⁽¹⁴⁾, il quale fa riferimento al modello ad una organizzazione che comprende cinque parti che possono variare in dimensione ed importanza in relazione all'ambiente, alla tecnologia ed altri fattori.

Il modello può essere rappresentato come di seguito nel grafico 2.

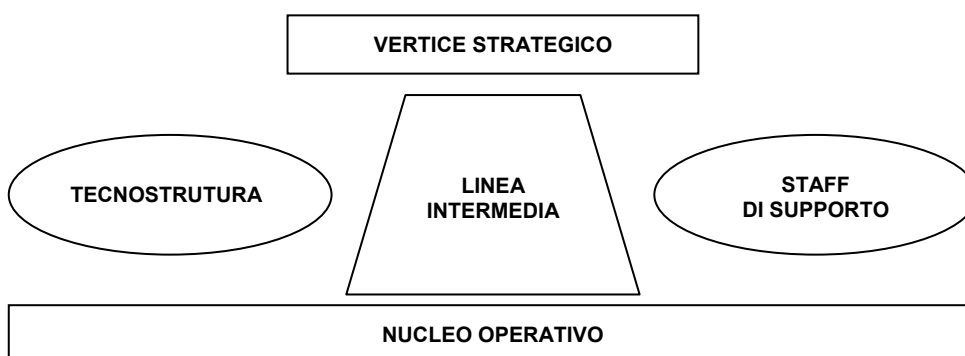


Grafico 2 – Modello organizzativo di Mintzberg

Alla base, il nucleo operativo svolge la funzione del sottosistema di produzione e di fatto produce gli output in termini di prodotti e servizi. Nelle strutture sanitarie è costituito dalla UU.OO.. La tecnostruttura aiuta l'organizzazione ad adattarsi all'ambiente, crea l'innovazione nel nucleo operativo. Lo staff di supporto è responsabile dell'ordinato svolgimento delle attività e della manutenzione dell'organizzazione, nelle sue componenti fisiche ed umane (gestione risorse umane, formazione, manutenzione ecc...). Il vertice strategico è responsabile della direzione e del coordinamento delle altre parti dell'organizzazione. Fornisce linee guida, obiettivi e strategie. Nelle organizzazioni reali le cinque parti sono di norma interrelate ed al servizio di più di un sottosistema.

La struttura organizzativa deve conseguire due risultati⁽¹⁵⁾:

- fornire un sistema di responsabilità, relazioni di reporting;
- fornire meccanismi per il collegamento ed il coordinamento degli elementi dell'organizzazione per formare un insieme coerente.

L'organizzazione tradizionale punta all'efficienza privilegiando i collegamenti verticali (la gerarchia), le regole, i piani e i sistemi informativi formali.

L'organizzazione moderna (learning organization) punta invece su i collegamenti, il coordinamento e la comunicazione orizzontale/trasversale. I collegamenti orizzontali si realizzano attraverso i sistemi informativi interfunzionali, le task force temporanee, i team ecc.... I principali tipi di raggruppamenti proposti nelle aziende sanitarie sono: r. funzionale, r. divisionale, r. multifocalizzato, r. orizzontale, r. modulare, r. a matrice.

La nostra attenzione v' a focalizzarsi su quello orizzontale dove la struttura organizzativa raggruppa gli operatori intorno a processi di lavoro omogenei (Business Process Reengineering – BPR) perché è il modello che oggi trova molti punti di forza per l'applicazione in sanità.

I punti di forza sono la flessibilità e la velocità di reazione ai cambiamenti nei bisogni dei clienti, attenzione verso la creazione di valore per il cliente, visione più ampia degli obiettivi organizzativi, promozione del lavoro di gruppo e della collaborazione e migliore qualità della vita dei dipendenti con condivisione delle responsabilità, presa in carico di decisioni e responsabilità.

I punti di debolezza sono: determinazione dei processi lunga e difficoltosa, necessità di cambio culturale nel management, resistenza dei manager tradizionali, necessità di formazione specifica dei dipendenti, limitazione dello sviluppo di competenze approfondite. Tali punti sono superabili con un'adeguata formazione ed apertura mentale all'innovazione.

Inoltre, quando si parla di organizzazione sanitaria dobbiamo pensare ad un insieme di attività finalizzate all'erogazione di un servizio che coinvolge più professionisti impegnati nella soluzione di un problema con un approccio multi-disciplinare⁽¹⁶⁾.

L'organizzazione sanitaria tradizionale prevedeva un iperspecializzazione, la prevalenza del modello "divisionale", la frammentazione dell'approccio assistenziale, la discontinuità delle cure e dei percorsi assistenziali, l'autoreferenzialità delle strutture organizzative, la scarsa integrazione e condivisione d'intenti tra le equipe, l'impostazione verticistica e gerarchica degli organigrammi e ripercussioni sul piano economico finanziario notevoli.

L'introduzione dell'approccio per processi segna il superamento della logica per funzioni e rappresenta un momento decisivo per l'innovazione organizzativa.

La letteratura definisce il processo l'insieme di attività che trasformano input in output le quali hanno valore per i clienti (esterni/interni) e la sequenza

di attività correlate e finalizzate a uno specifico risultato finale; le attività sono ripetitive, con valore aggiunto, con apporto di risorse umane ed eventualmente anche informatiche.

Un processo si compone di più funzioni: dove c'è un processo, è necessaria un'organizzazione dello stesso per raggiungere il risultato nel miglior modo possibile. Nell'azienda sanitaria tutto ruota attorno ai processi, nell'ultimo periodo infatti c'è la tendenza un percorso di cura che scaturisce da un nuovo modo di intendere e gestire il lavoro del personale medico e sanitario, che punta su un'organizzazione che pone al centro il paziente, attorno al quale si sviluppa il flusso delle attività, con il coinvolgimento di strutture e ruoli organizzativi.

Un processo viene in genere individuato attraverso un diagramma di flusso, che individua il suo percorso e le sue attività, lungo le funzioni attraversate.

Nella struttura dei processi riconosciamo due tipologie di processi: i processi primari e i processi di supporto. I processi primari sono i processi aziendali a maggior impatto sui risultati di business dell'azienda, sono spesso caratteristici del settore in cui l'azienda opera, creano un valore riconosciuto dal cliente e sono in genere critici per ottenere successo. I processi di supporto sono quei processi necessari per la gestione aziendale, che non apportano valore aggiunto sul prodotto/servizio riconoscibile dal cliente.

L'approccio per processi è anche il concetto base per il sistema di gestione della qualità. Il processo non è qualcosa di tecnico e freddo, fatto di procedure, attrezzature, flussi di attività, tecniche. Il processo ha "vita" in quanto è gestito da persone, ha origine, nella sua globalità da un mix di persone e metodologie, in cui le attrezzature sono uno strumento al servizio delle persone.

L'applicazione di tale approccio all'interno di una organizzazione sanitaria complessa, consente l'individuazione e quindi la necessità di governo, di processi gestionali e di processi sanitari.

Tale principio favorisce la visione globale all'organizzazione aziendale, rappresentandola attraverso un insieme di processi tra loro interconnessi (manageriali, clinici, sanitari, amministrativi) in cui l'utente è coinvolto. Infatti è bene evidenziare che ciò che l'utente percepisce ha origine direttamente dai

processi e solo indirettamente dalle singole funzioni. I processi creano vero e proprio valore.

I processi sono controllati costantemente da nuove responsabilità manageriali di tipo trasversale, i process owner, in grado di favorire il miglioramento della performance sul versante orizzontale dell'organizzazione.

La mappatura dei processi è passaggio indispensabile per tradurre la logica della catena fornitore-cliente tipica dell'impostazione dettata dal total quality management e fatta propria dalle norme di qualità iso-9000 ecc.... Inoltre, la mappatura sottolinea fortemente l'impostazione manageriale che vede le cause degli errori attribuibili alle carenze di tipo sistemico dovute all'organizzazione e non del singolo soggetto.

Tipico delle aziende sanitarie è ad esempio il processo di diagnosi, di definizione della terapia, di ricovero e riabilitazione.

Riassumendo, l'organizzazione sanitaria per processi genera:

- competenze e cultura multi-disciplinari;
- integrazione delle attività di una funzione con le altre e abbattimento delle barriere interne;
- ottimizzazione del flusso di processo in risposta alle aspettative dei beneficiari interni ed esterni;
- progettazione e costruzione di una sequenza di attività orientate al raggiungimento del risultato finale;
- management diffuso anche a livello di direzione di processo;
- eliminazione attività ridondanti e inutili.

Attraverso questo tipo di organizzazione sanitaria è possibile superare criticità quali: discontinuità delle cure, scarsa integrazione e comunicazione, scarsa efficacia-efficienza nell'impiego di risorse.

Nella tabella 6 seguente è schematizzata l'organizzazione sanitaria riferita alla gestione per processi sulla base del vecchio modello e quello attuale.

<i>IERI</i>	<i>OGGI - DOMANI</i>
Ottica burocratica e verticistica	Coordinamento e cooperazione tra le varie unità di lavoro
Struttura rigida per funzioni	Struttura flessibile
Orientamento al miglioramento delle singole funzioni	Orientamento al risultato finale

Tabella 6 - L'organizzazione sanitaria e la gestione dei processi.

Di seguito riportiamo alcuni grafici su i principi di gestione per processi possibili in ambito sanitario⁽¹⁷⁾.

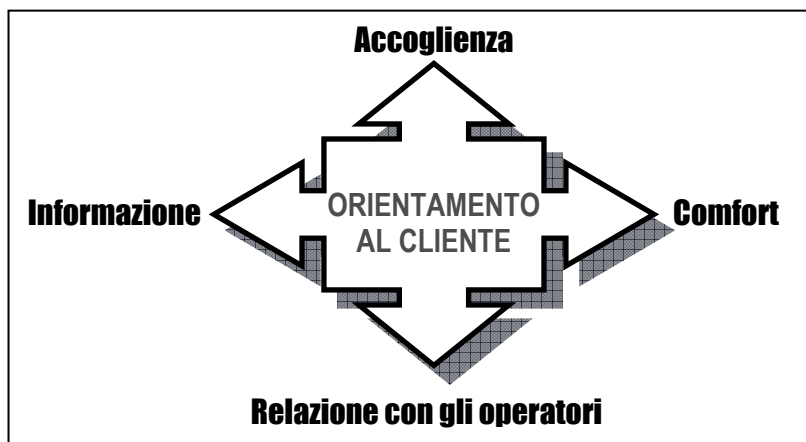


Grafico 3 – Il processo di orientamento del cliente.

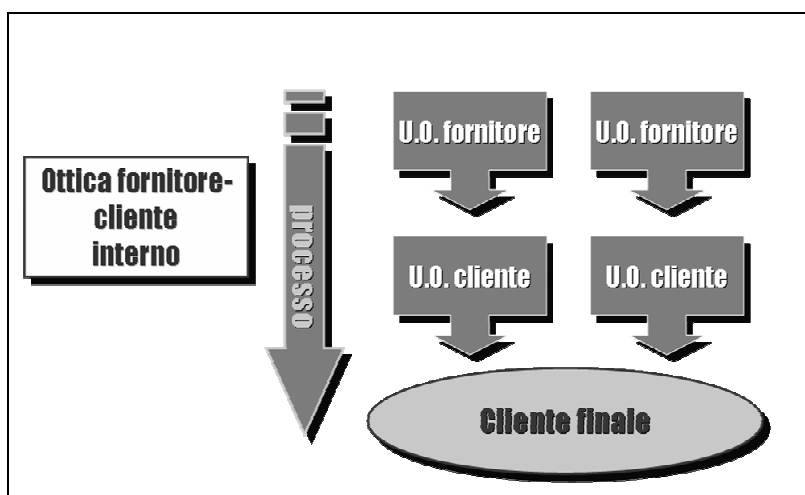


Grafico 4 – Il processo del fornitore-cliente interno.

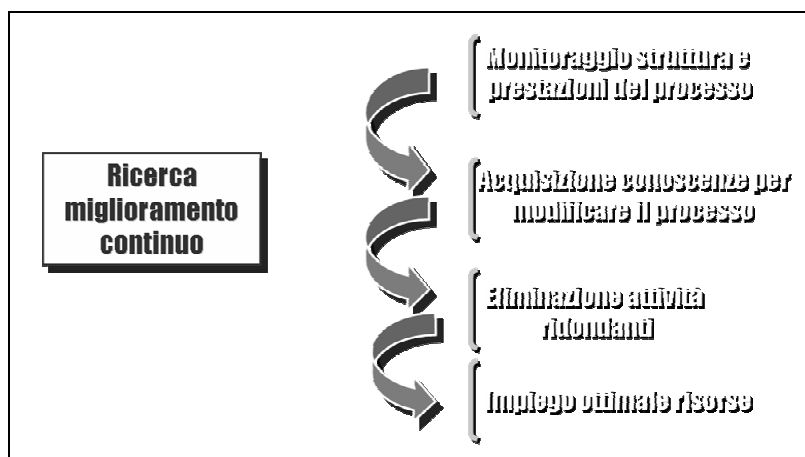


Grafico 5 – Il processo di ricerca e miglioramento continuo della prestazione.

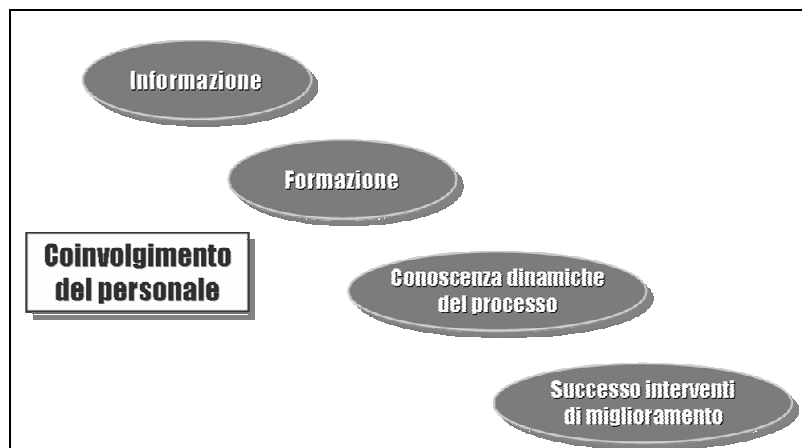


Grafico 6 – Il processo di coinvolgimento del personale.

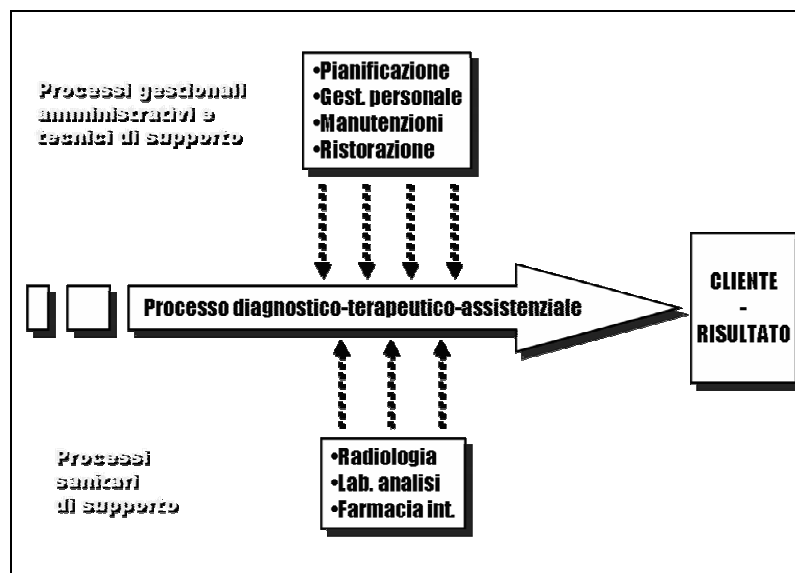


Grafico 7 – Esempio di modello di processo diagnostico-terapeutico-assistenziale

Lavorare per processi significa uscire da una logica organizzativa e professionale fondata su funzioni, compiti specifici, persone controllate, valutazione dell'attività, manager super visore e dirigersi verso una logica organizzativa e professionale fondata su team di processo, compiti multidimensionali, persone responsabilizzate, valutazione dei risultati, manager "allenatore".

L'obiettivo primario deve essere porre la persona e i suoi bisogni al centro delle attività delle aziende sanitarie garantendo la continuità delle cure ospedale-territorio-ospedale, l'integrazione fra gli "attori" del sistema, l'educazione della persona e della sua famiglia, il coordinamento e la facilità di

accesso all'assistenza, la pianificazione di un'assistenza di qualità, l'impiego razionale e appropriato delle risorse.

Un approccio innovativo alle criticità dell'organizzazione sanitaria apre la prospettiva a nuove opportunità quali:

- qualità dell'assistenza e razionalizzazione nell'impiego delle risorse;
- contesti lavorativi fondati sulla valorizzazione del ruolo dei professionisti;
- integrazione della competenza tecnica con una preparazione gestionale e organizzativa;
- condivisione di decisioni multi-professionali e multi-disciplinari;
- reale presa in carico dell'utente.

L'approccio per processi risulta quindi di vitale importanza per l'organizzazione sanitaria in quanto consente di seguire un vero e proprio percorso di ottimizzazione attraverso alcune metodologie, di cui la più importante e quella che racchiude tutti i cardini è il governo clinico.

Il governo clinico si sviluppa con l'obiettivo di gestire processi aziendali in una logica di collaborazione e coinvolgimento diffuso del personale, spostando il centro del dibattito sulla qualità delle cure erogate. Il modello "clinical governance" si riferisce a precisi strumenti operativi grazie ai quali sviluppare il tema del miglioramento continuo della qualità per l'efficacia e l'appropriatezza clinica (EBM, linee guida, protocolli diagnostici terapeutici), audit clinico (esame sistematico della qualità dei risultati sanitari ottenuti nella propria pratica assistenziale), approccio trasversale per processi, gestione del rischio o risk management (attività finalizzate ad aumentare la sicurezza del paziente/cliente)⁽³⁾.

L'elemento innovativo del governo clinico non sta nella dotazione metodologica, quanto piuttosto nella consapevolezza che questi strumenti possono essere utili solo se sostenuti da una politica sanitaria che ne incentivi e renda concretamente possibile l'utilizzo⁽¹⁸⁾, oltre che dalla costruzione di relazioni tra le diverse competenze presenti nelle organizzazioni sanitarie che favoriscano una cultura della responsabilizzazione verso la qualità come dovere istituzionale.

Il paradigma della clinical governance potrebbe essere quello rappresentato nel grafico 8, dove il paziente è il punto di riferimento attorno al quale

ruota tutta l'organizzazione ed il management sanitario ed i percorsi assistenziali si inseriscono trasversalmente lungo tutti i livelli con obiettivo primario l'utente, cuore del sistema.

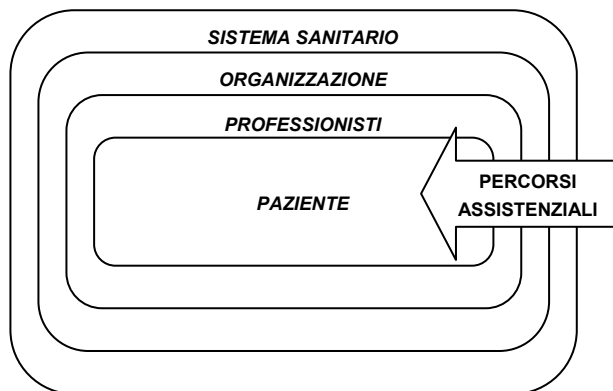


Grafico 8 – Paradigma clinical governance

CAPITOLO 3

*ORIENTAMENTO ALLA GESTIONE
MULTIPROFESSIONALE INTEGRATA*

3.1

La struttura dipartimentale come strumento operativo

Il termine dipartimento viene citato per la prima volta nel Dpr n. 128/1969 dove la disciplina per gli enti ospedalieri la realizzazione di strutture organizzative tra divisioni, sezioni e servizi affini o complementari, al fine della loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico⁽³⁾.

In tempi più recenti, con il D.Lgs. n. 229/1999, sono state chiarite alcune caratteristiche di funzionamento dei dipartimenti, infatti sono considerati il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie.

Il dipartimento nasce al fine di razionalizzare e rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse, favorire l'interdisciplinarietà e lo scambio delle conoscenze e delle esperienze tra professionisti, migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi e la soddisfazione dell'utente, favorire la capacità decisionale e operativa dei professionisti attraverso il loro coinvolgimento e la loro autonomia operativa per gli aspetti assistenziali, diagnostici e clinici di rispettiva competenza.

Il dipartimento può comportare anche la nascita di criticità quali le resistenze di coloro che esercitano forme di potere e il relativo sentimento di rimodulazione dello stesso, resistenze legate alla sicurezza del piccolo nucleo, inadeguatezza strutture architettoniche pensate per modelli divisionali e retaggi di una pregressa cultura dominante.

A capo del dipartimento è nominato dal direttore generale un direttore scelto tra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, fermo restando il permanere della sua titolarità sulla struttura complessa di appartenenza. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti (art. 17-bis).

Queste funzioni così articolate richiedono che il direttore di dipartimento disponga di specifiche attitudini e competenze di tipo manageriale per essere in grado di governare le variabili organizzative.

In tal senso il direttore di dipartimento, pur mantenendo le tradizionali responsabilità di tipo professionale, è chiamato a nuovi compiti di tipo gestionale che sono:

- contribuire attivamente al processo di pianificazione strategica dell'azienda sanitaria, partecipando come membro del collegio di direzione;
- gestire il processo di programmazione e controllo dipartimentale all'interno del più generale processo di budgeting aziendale.

All'interno della struttura dipartimentale troviamo i nuclei operativi rappresentati dalle UU.OO. semplici e complesse.

L'unità operativa è la componente organizzativa dell'area dipartimentale che svolge una funzione od un complesso di funzioni omogenee o affini nell'ambito delle attività dipartimentali. Ogni unità operativa è dotata di autonomia amministrativa, organizzativa e tecnico-operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive emanati dal direttore dell'area dipartimentale, dai direttori amministrativo, sanitario e generale; viene diretta da un dirigente nominato in conformità alle procedure stabilite dalla legge o dal regolamento. Caratteristiche principali dell'unità operativa sono la flessibilità organizzativa e la compatibilità gestionale con la missione aziendale.

L'unità operativa semplice svolge funzione o complesso di funzioni cui è attribuita una autonomia funzionale per ragioni organizzative, di efficienza o di specificità professionale, possiede una natura super-specialistica ma non semplicistica; inoltre espleta attività di erogazione dei servizi sanitari.

L'unità operativa complessa è caratterizzata dalla massima comunicabilità reciproca, fra gli operatori alla stessa assegnati, delle informazioni e delle esperienze: per la complementarietà dei ruoli e per l'elevata ed immediata possibilità di interscambio e sostituzione, nel rispetto dei profili professionali. Tali condizioni assicurano la continuità del lavoro a livelli di produttività elevati e la costante verifica dei risultati in relazione ai tempi ed agli obiettivi da conseguire. Le unità operative complesse possono essere costituite sia da strutture che erogano direttamente uno o più servizi affini alla comunità, sia da uffici che assolvono a funzioni amministrative e tecniche, collocati, nel settore, in

posizione di supporto alle attività di programmazione e di diretta prestazione dei servizi. Infine svolgono funzioni di coordinamento tecnico-professionale nei confronti delle unità operative semplici loro afferenti ed allocate in ogni singolo Distretto.

Sulla base di tale premesse è necessario capire come è possibile adattare alla logica delle professioni sanitarie la struttura organizzativa sopracitata, visto il riconoscimento e la professionalità che va delineandosi.

Esiste la necessità di trovare un approccio innovativo per la risoluzione delle criticità dell'organizzazione sanitaria, dove le prospettive di qualità dell'assistenza, l'integrazione delle competenze tecniche gestionali ed organizzative, la condivisione delle decisioni a livello multi-professionale e multidisciplinare, la presa in carico dell'utente sono i determinanti dell'oggetto professionale.

Attualmente nella sanità moderna si parla di modello organizzativo di "intensità di cure" dove c'è lo spostamento dalle esigenze degli operatori a quelle dei pazienti. Il paziente è posto al centro della struttura e gli operatori devono "ruotare" attorno ad esso in stretta connessione tra loro. Il percorso sanitario del paziente deve prevedere una organizzazione in grado di coniugare alta specializzazione, collegamento in rete con alti livelli assistenziali a seconda dei bisogni della persona malata, attenzione all'accoglienza e alla dimensione umana dell'assistenza, integrazione di efficacia, efficienza e appropriatezza della prestazione rispetto al problema clinico e allo stato delle evidenze scientifiche.

In un ambiente così complesso l'organizzazione non può prescindere da un'analisi che favorisca una visione ordinata e di insieme dei fenomeni che aiuta a percepire le connessioni esistenti tra sistema, contesto e componenti.

La possibile soluzione, da intendersi come proposta di possibile applicazione, è l'istituzione del *dipartimento delle professioni sanitarie*. I tempi, considerando la normativa vigente, sono ormai maturi per pensare ad una struttura che rappresenti tutti le professioni sanitarie presenti nell'azienda sanitaria, tenendo conto del grado di vastità del contesto in cui si va ad inserire.

Il dipartimento delle professioni sanitarie deve essere previsto dalla programmazione aziendale come strumento per il raggiungimento degli obiettivi e la definizione delle modalità di raccordo, collaborazione e responsabilità.

In tutto questo gioca un ruolo fondamentale, in prima istanza, la programmazione sanitaria regionale che detta i criteri e gli obiettivi da raggiungere e poi l'atto aziendale, vero e proprio documento di diritto privato volto a disciplinare il funzionamento interno e l'organizzazione assicurando il rispetto e la valorizzazione delle specificità professionali e, allo stesso tempo, necessario per superare la rigidità delle strutture esistenti attraverso la differenziazione e la flessibilità delle realtà organizzative.

Il dipartimento delle professioni sanitarie, nelle sue funzioni, partecipa alla definizione delle linee strategiche e delle politiche relative alle attività degli operatori infermieristici, ostetrici, tecnici, della riabilitazione e della prevenzione. Il funzionamento del dipartimento è stabilito da un apposito regolamento, approvato dal direttore generale. Il dipartimento è affidato alla responsabilità di un dirigente in possesso del titolo di laurea specialistica e comprovata esperienza nello specifico professionale di area sanitaria di almeno cinque anni, nominato direttore dal direttore generale. Il direttore del dipartimento cura la definizione, la direzione e la valutazione del sistema di governo dell'assistenza delle aree sanitarie afferenti, coadiuva il direttore sanitario ed il dirigente medico di presidio nell'assicurare il rispetto delle condizioni di qualità dell'assistenza e di sicurezza del lavoro per il relativo personale e per gli utenti.

Il direttore del dipartimento delle professioni sanitarie è responsabile, in particolare:

- degli indirizzi organizzativi e gestionali per il governo delle attività di competenza degli operatori delle singole aree;
- della qualità e dell'efficienza tecnica ed operativa delle attività assistenziali, tecniche e riabilitative di competenza;
- dello sviluppo organizzativo e tecnico-professionale dei processi che si realizzano anche con il contributo di altre figure professionali di supporto, del governo clinico assistenziale e dei processi organizzativi, per quanto di competenza;
- dell'individuazione dei bisogni formativi degli operatori afferenti alle singole aree;
- dell'attività di ricerca in campo medico e sanitario per l'aggiornamento dei professionisti coordinati e per il miglioramento delle prestazioni erogate.

Il direttore delle professioni sanitarie, su proposta del direttore di dipartimento ad attività integrata (D.A.I.) interessato, di concerto con il direttore sanitario e con l'approvazione del direttore generale, individua un collaboratore professionale sanitario abilitato a funzioni direttive, che assume l'incarico di responsabile per le professioni sanitarie dell'area di appartenenza secondo la suddivisione proposta dalla legge n. 251/2000, con funzione di direzione di tutti i servizi presenti.

Il dirigente dell'area sanitaria è responsabile dell'attività svolta dai singoli professionisti all'interno dei dipartimenti e garantisce lo svolgimento e l'applicazione delle attività tipiche delle figure professionali di pertinenza, la loro azione e l'ottimale utilizzo delle risorse loro affidate, favorisce l'integrazione multi-professionale, la crescita formativa attraverso l'individuazione dei bisogni e l'attività di ricerca scientifica.

Il dirigente di area sanitaria ha conseguito la necessaria formazione in ambito universitario e l'esperienza operativa nell'ambito professionale per intervenire trasversalmente nei percorsi assistenziali attuati.

3.2

Politiche di governo per le professioni sanitarie: realità, opportunità e criticità

La pianificazione e la strutturazione di un modello operativo d'assetto aziendale nell'ambito delle professioni sanitarie non può prescindere, oltre che dall'accurata analisi della normativa, oltre che dalle evidenze emergenti in fatto di management sanitario e oltre che dalle variabili influenti sui processi della salute, da uno sguardo alle realtà aziendali sul territorio nazionale, con particolare attenzione alla realtà limitrofa ovvero quella regionale.

L'indagine è stata condotta attraverso la rete web cercando di individuare i documenti ufficiali emanati ad oggi dalle strutture sanitarie italiane sull'istituzione delle aree di coordinamento e direzione per le professioni sanitarie. La ricerca non è stata semplice, la difficoltà a reperire informazioni circostanziate in più di un'occasione può aver tralasciato esperienze non ancora note all'esterno; nonostante ciò la ricerca è stata accurata e meticolosa, per cui crediamo che le realtà di riferimento e maggiormente rappresentative, le quali testimoniano l'applicazione delle leggi nazionali, siano tutte presenti.

In merito ai fattori influenti sull'istituzione e l'affermazione del ruolo delle professioni sanitarie la normativa regionale riveste un ruolo cruciale. Ogni qual volta le leggi nazionali non sono pregnanti nella sostanza, la legislazione decentrata rischia di assumere connotati diversi nelle diverse aree territoriali della penisola, a causa della forte autonomia di governo posseduta.

Nello specifico è accaduto proprio questo perché nella legge n. 251/2000 la frase di cui all'articolo 6 che recita "le regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" ha creato una discrepanza su cui le regioni hanno fatto leva in maniera sostanziale al momento di emanare le linee di indirizzo in materia di sanità di loro competenza, cosicché i criteri menzionati dalla legge dello Stato sono stati preservati, ma non hanno avuto un'applicazione pratica tale da rappresentare tutte le professionalità coinvolte.

Sempre all'interno della legge in esame, viene dichiarato che le regioni promuovono la valorizzazione e responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche (art. 1), delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione (art. 2) e delle professioni sanitarie dell'area tecnico sanitaria (art. 3) al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione del SSN e all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri paesi dell'unione europea.

Attualmente, a sette anni e mezzo dall'emanazione della legge n. 251/2000, molti progressi sono stati fatti e le norme regionali, dopo un primo periodo di forte disattesa, stanno iniziando a recepire con attenzione questa importante tematica sanitaria d'interesse nazionale. Di conseguenza a cascata tutti i successivi atti si stanno orientando in tal direzione grazie anche alla capacità contrattuale acquisita dalla categoria dei professionisti non medici.

Analizzando le espressioni aziendali italiane riportate negli atti aziendali giunti a fine iter e pubblicati in rete su i vari siti web ufficiali, applicazioni incentivanti il ruolo delle professioni sanitarie le troviamo in particolare nella regione Marche, nella regione Umbria, nella regione Campania, nella regione Liguria e nella regione Lombardia.

Altre strutture sanitarie appartenenti a regioni diverse che citiamo complessivamente perché riconducibili ad un modello molto simile e semplice, hanno istituito o hanno in previsione di istituire un servizio infermieristico con compiti di carattere organizzativo e coordinamento. Ovviamente tale modello non è assolutamente rappresentativo dell'area sanitaria ed è sbilanciato verso la professionalità degli infermieri che possono contare su di un numero di operatori nettamente maggiore rispetto a tutti le altre professioni sanitarie. In tal modo il riconoscimento della dirigenza avviene esclusivamente per la professione infermieristica.

L'esame comparativo riportato nella tabella 7 fornisce un quadro chiaro della situazione attuale delle aziende sanitarie in reazione alle regioni sopra citate.

AZIENDA SANITARIA	POLITICA ATTUATA PER LE PROFESSIONI SANITARIE
Azienda USL n. 2 Umbria, Perugia ⁽¹⁹⁾	Servizio infermieristico tecnico riabilitativo ostetrico (S.I.T.R.O.) con a capo un dirigente delle professioni sanitarie.

A. O. "Carlo Poma", Mantova ⁽²⁰⁾	Dipartimento dei servizi infermieristici tecnici riabilitativi aziendali (S.I.T.R.A.) con a capo un dirigente. Funzioni "in line" e di "in staff".
A. O. "Ospedale Maggiore", Crema ⁽²¹⁾	Servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale (S.I.T.R.A.) con a capo un dirigente. Funzioni "in line" alla direzione sanitaria e di "in staff" con gli uffici aziendali e la direzione medica di presidio.
A. O. "Ospedale Civile", Legnano ⁽²²⁾	Servizio Infermieristico tecnico riabilitativo Aziendale (S.I.T.R.A.) con a capo un dirigente. Inserito come struttura della direzione sanitaria.
A. O. U. San Paolo, Milano ⁽²³⁾	Servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale (S.I.T.R.A.) con a capo un dirigente. dipendente dalla direzione sanitaria.
IRCCS San Matteo, Pavia ⁽²⁴⁾	Servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale (S.I.T.R.A.) con a capo un dirigente. Collabora in line al direttore sanitario e con i membri della direzione strategica aziendale, interagisce con la direzione medica delle strutture complesse e di clinica per gli aspetti che riguardano le fasi operative dell'attività assistenziale. Il direttore del S.I.T.R.A. si avvale, della struttura organizzativa "a matrice".
Azienda USL Bergamo ⁽²⁵⁾	Servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale (S.I.T.R.A.) con a capo un dirigente. Funzioni "in line" alla direzione sanitaria. organizzazione funzionale in tre aree professionali, che però non sono omogenee per la presenza delle figure professionali.
A. O. Mellino Mellini , Chiari ⁽²⁶⁾	Servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale (S.I.T.R.A.) con a capo un dirigente di cui non viene specificata l'appartenenza. Congiuntamente è presente un coordinatore delle professioni sanitarie.
A. O. San Salvatore, Pesaro ⁽²⁷⁾	Dipartimento delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della professione di ostetrica. Dirigente unico e possibilità di nomina di dirigenti di area.
A. O. U. Ospedali Riuniti, Ancona ⁽²⁸⁾	Dipartimento delle professioni sanitarie istituito per la dirigenza infermieristica, con a capo un direttore. Organo consultivo. Il responsabile di coordinamento nei D.A.I. è un operatore infermieristico.
A. O. U. S. Maria della Misericordia, Udine ⁽²⁹⁾	Dipartimento tecnico-sanitario con struttura operativa semplice di direzione delle professioni sanitarie, dipendente dalla direzione sanitaria.
Azienda USL n. 2, Caserta ⁽³⁰⁾	U.O.C. "servizi delle professioni sanitarie", con funzioni di coordinamento dei direttori di cinque servizi delle professioni sanitarie, posta in staff alla direzione sanitaria. Il direttore di tale U.O.C. fa parte del collegio di direzione strategica.
Azienda USL n. 1, Salerno ⁽³¹⁾	Quattro servizi delle professioni sanitarie distinti e operanti in linea con la direzione sanitaria aziendale. A capo di ognuno è nominato un direttore. È presente il coordinamento dei servizi delle professioni sanitarie ospedaliere e il coordinamento dei servizi delle professioni sanitarie

	territoriali, collocati in posizione di staff alla direzione sanitaria aziendale con funzioni di indirizzo e garanzia della omogeneità delle prestazioni di competenza erogate a livello delle strutture produttive dell'azienda. È affiancato dal servizio formazione universitario delle professioni sanitarie nella struttura di staff formazione ed educazione sanitaria (didattica).
Azienda USL Nuoro ⁽³²⁾	Servizio infermieristico e delle professioni sanitarie organizzato in funzioni di staff di supporto alla direzione.
Azienda USL n. 4, Matera ⁽³³⁾	Servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale (S.I.T.R.A.) con a capo un dirigente. Funzioni "in line" alla direzione sanitaria e di "in staff" con gli uffici aziendali e la direzione medica di presidio.
A. O. U. Molinette, Torino ⁽³⁴⁾	Servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale (S.I.T.R.A.) con a capo un dirigente infermieristico.
A. O. U. San Martino, Genova ⁽³⁵⁾	Dipartimento dell'area delle professioni sanitarie infermieristica, ostetrica, riabilitativa e tecnica generico senza suddivisione per aree. Risorsa di staff della direzione generale.

Tabella 7 – Rilevazione delle politiche attuate nelle aziende sanitarie italiane per le professioni sanitarie.

Dall'analisi delle informazioni riportate nella tabella 7 emerge chiaramente l'avanzamento di attuazione nelle aziende della regione Lombardia per lo sviluppo sulle politiche delle professioni sanitarie, mentre le realtà delle altre regioni non sono omogenee.

La spiegazione a tale fenomeno è data soprattutto dalla presenza o meno di leggi regionali emanate in seguito alla legge n. 251/2000, in quanto non tutte le regioni hanno recepito la normativa nazionale legiferando specificatamente su tale materia. La normativa lombarda, come quella campana, ha imposto indirizzi ben precisi per la valorizzazione delle professioni sanitarie, poi recepiti in gran parte delle aziende sanitarie nella regione del nord, più limitatamente nelle aziende sanitarie della regione del sud.

La regione marche è stata anche lei promotrice di un impulso determinante per l'avvio del processo di valorizzazione delle professioni non mediche, anche se l'orientamento è soprattutto verso la professione infermieristica; inoltre sul territorio deve ancora avvenire gran parte dell'attuazione operativa.

Scendendo nello specifico ed analizzando le caratteristiche di ciascuna realtà, notiamo come gran parte delle aziende sanitarie hanno ricalcato il modello proposto dalla legge n. 251/2000 con l'istituzione di servizio infermieristico ed uno delle restanti professioni sanitarie oppure un servizio unico comprendente tutte le professioni sanitarie (S.I.T.R.O. o S.I.T.R.A) organizzato al

suo interno in aree professionali specifiche ma non sempre rappresentative di tutti i soggetti coinvolti. In alcuni casi si parla di vero è proprio dipartimento, non tanto delle professioni sanitarie ma per i servizi infermieristici, tecnici e riabilitativi.

Nel caso dell' A.O. di Pesaro è presente un vero è proprio dipartimento unico con la possibilità di suddivisione per aree professionali, mentre in Campania anche se non esiste un dipartimento unico, le U.O. istituite per i servizi specifici di ogni area professionale fanno però riferimento ad un coordinatore con possibilità futura di istituire di una struttura unica dirigenziale. Nell'ASL di Bergamo il principio dell'area unica professionale è perseguito ma poi la suddivisione organizzativa interna non rispecchia le professionalità coinvolte; tale base è già un buon risultato implementabile con il rinnovo dell'atto aziendale.

In tutte le circostanze esaminate è però evidente come le professioni sanitarie siano inserite nello staff della direzione aziendale o della direzione sanitaria, in questo modo viene attribuito un ruolo determinante ed influente sulle scelte e sugli indirizzi aziendali. Dalle fonti sopra citate (tab. 7) si evince come, in virtù della nuova visione del percorso assistenziale, gli operatori non medici in possesso un'adeguata formazione ed esperienza, siano essenziali per la valutazione della qualità e dei servizi offerti all'utente, non tralasciando le competenze in fatto di individuazione dei fabbisogni delle risorse umane e della pianificazione dello sviluppo sanitario aziendale.

Spostando l'attenzione al nostro territorio, la Regione Toscana ha introdotto le prime disposizioni in tema di dirigenza delle professioni sanitarie nelle legge regionale n. 40/2005 ed il PSR 2005-2007.

Il risultato, ottenuto attraverso l'emanazione di un documento ufficiale, è il frutto della concertazione tra le istituzioni e le rappresentanze delle professioni sanitarie. La legge regionale n. 40/2005 e il PSR 2005-2007 (allegato n. 2) introducono concetti importanti quali:

- il coinvolgimento e integrazione dei diversi livelli istituzionali ed organizzativi;
- la centralità dell'utente;
- il governo clinico regionale;
- il decentramento delle funzioni tecnico-amministrative demandate all'area vasta.

Per lo specifico delle professioni sanitarie:

- la costituzione in ogni azienda sanitaria di strutture organizzative aziendali qualificate come dirigenziali;
- la nomina di un coordinatore delle professioni infermieristiche e delle professioni tecniche tra i responsabili delle strutture organizzative dirigenziali;
- la possibilità di costituire ulteriori strutture organizzative dirigenziali in base alla complessità ed al volume dell'attività svolta.

Il coordinatore delle professioni infermieristiche è a capo della direzione della stessa alla quale afferiscono più unità operative; lo stesso avviene per le professioni tecniche.

La normativa affida alle UU.OO. il ruolo di struttura organizzativa professionale dotata di piena autonomia. Nell'ottica toscana i meccanismi operativi interni all'unità operativa sono mirati alla gestione delle risorse professionali, dei beni strumentali e strutturali, della programmazione e gestione delle attività, alla definizione e adozione degli strumenti operativi idonei, alla verifica e il miglioramento della qualità, ai rapporti con l'utenza e alla formazione permanente e all'aggiornamento.

Su tali premesse è possibile affermare i punti di forza di tale struttura, quali:

- facilitare il senso di appartenenza all'organizzazione;
- diffondere le competenze organizzative e gestionali di budget e output;
- sviluppare il confronto di competenze tecnico-professionali;
- migliorare l'integrazione interprofessionale;
- richiamare alle responsabilità professionali sul risultato;
- favorire il rapporto con l'utenza.

Nonostante ciò è bene considerare che è all'interno dell'UU.OO. è possibile la formazione di nodi critici derivanti dalle connessioni tra asse professionale e asse funzionale i quali determinano, nell'espletamento dell'azione operativa, responsabilità a carico degli operatori. L'asse professionale corrisponde alla responsabilità derivante dalla qualità della performance e dal raggiungimento degli standard professionali auspicati. L'asse funzionale corrisponde alla responsabilità d'integrazione, di budget, di qualità del processo e di esito.

All'incrocio dei due assi si afferma la professionalità degli operatori, su questo si può costruire il percorso di crescita e di valorizzazione superiore e raggiungendo il livello della dirigenza.

La responsabilità dell'U.O. è attribuita dal direttore generale ad un dirigente delle professioni sanitarie o sociali per le UU.OO. relative alle corrispondenti aree professionali classificate di livello dirigenziale secondo i criteri stabiliti dal piano sanitario regionale oppure ad un collaboratore professionale esperto delle professioni sanitarie o sociali.

In particolare all'interno dell'allegato n. 2 del PSR 2005-2007 è affermato un passaggio essenziale per l'effettivo inserimento della dirigenza delle professioni sanitarie all'interno delle aziende toscane, che recita: "le aziende sanitarie provvedono alla costituzione delle strutture organizzative, qualificate come dirigenziali, a livello aziendale".

Di fronte a tale indicazione le strutture sanitarie non possono sottrarsi dalla responsabilità di istituire le unità operative dirigenziali. Su tale affermazione perentoria e obbligatoria si basa la contrattazione aziendale e il prossimo rinnovo, dell'anno 2008, del piano sanitario regionale. Le strutture organizzative sono le seguenti:

- U.O. infermieristica;
- U.O. assistenza ostetrica;
- U.O. diagnostica di laboratorio;
- U.O. diagnostica per immagini;
- U.O. delle professioni della riabilitazione;
- U.O. delle professioni della prevenzione.

Il grafico 9 è esplicativo dell'orientamento generale descritto per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali in toscana.

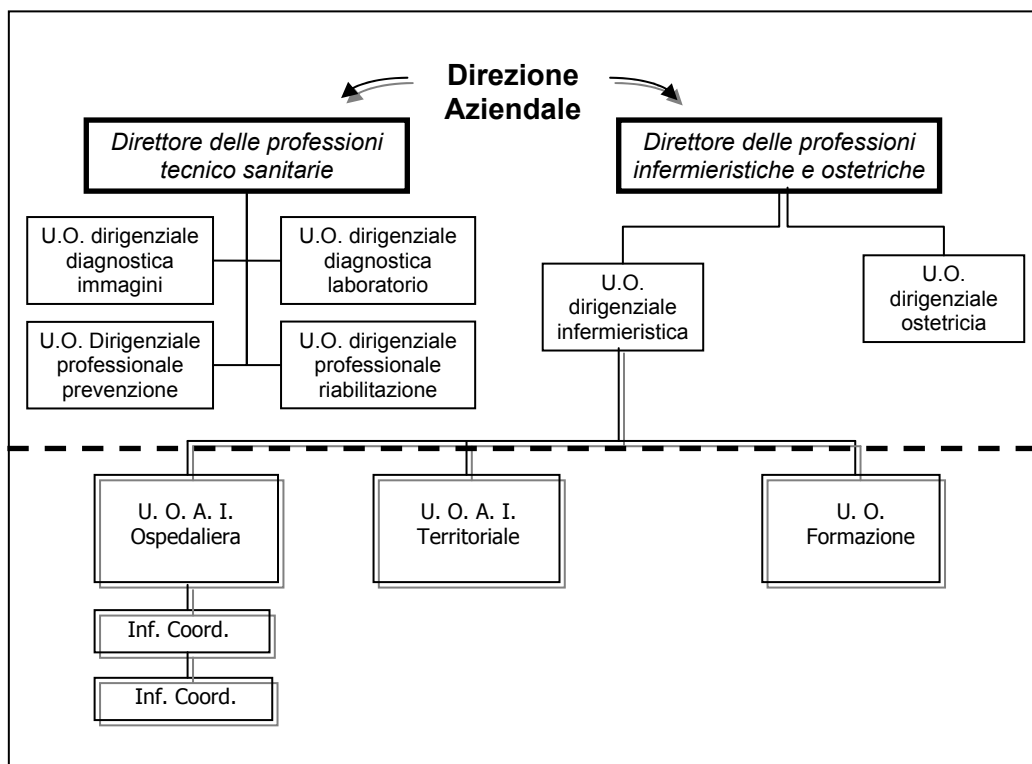


Grafico 9 – Modello per l'istituzione della dirigenza delle professioni sanitarie nella regione toscana.

Come possiamo ben notare, nonostante la suddivisione per aree sanitarie dettata dalla normativa nazionale, la quale corrisponde tra l'altro agli ordinamenti dei corsi di laurea specialistica dove si effettua la formazione dei professionisti sanitari, già la prima suddivisione in due direzioni, quella infermieristica-ostetrica e quella tecnica, disattende le aspettative.

Inoltre la toscana ha applicato il modello prevedendo all'interno delle macro aree professionali un'organizzazione di strutture operative non logico per la tutela e la valorizzazione delle professioni sanitarie. Infatti sono presenti:

- due unità operative per la stessa area ovvero le U.O. di infermieristica e di assistenza ostetrica per la direzione infermieristica-ostetrica;
- due unità operative quali la U.O. di diagnostica di laboratorio e la U.O. di diagnostica per immagini della stessa area sanitaria (tecnico diagnostica) e due U.O. professionali, quelle della riabilitazione e della prevenzione intatte rispetto alle previsioni, anche se tutte queste non fungono da aree professionalizzanti indipendenti

perché fanno capo alla più generale direzione delle professioni sanitarie tecniche.

Le considerazioni fatte devono tener presente naturalmente delle difficoltà che ci sono state già nell'affermare un assetto organizzativo di questo tipo, il quale ha sovvertito completamente il ruolo delle professioni sanitarie creando dinamiche strutturali nuove e di non facile applicazione.

Il nuovo status professionale ha necessità di trovare i giusti equilibri con un graduale inserimento ed adattamento, fatto è che con il rinnovo dell'anno 2008 del PSR è necessario implementare l'articolazione organizzativa del modello vigente per creare i presupposti di una valorizzazione completa dei soggetti interessati. Allo stato attuale sembrerebbe prospettarsi un consolidamento del sistema ma non un miglioramento dell'articolazione organizzativa.

Alla luce del PSR esaminato per la dirigenza delle professioni sanitarie, l'applicazione nelle strutture sanitarie ha avuto i suoi effetti riassumibili nella tabella 8 dove per ogni azienda è stata riportata la politica dirigenziale adottata per gli operatori sanitari non medici reperiti sulla rete web.

AZIENDA SANITARIA	POLITICA ATTUATA PER LE PROFESSIONI SANITARIE
Azienda USL n. 1, Massa Carrara ⁽³⁶⁾	Nessuna politica di introduzione e valorizzazione delle professioni sanitarie.
Azienda USL n. 2, Lucca ⁽³⁷⁾	Coordinamento infermieristico e unità di formazione professionale infermieristica.
Azienda USL n. 3, Pistoia ⁽³⁸⁾	Nessuna politica di introduzione e valorizzazione delle professioni sanitarie.
Azienda USL n. 4, Prato ⁽³⁹⁾	Nessuna politica di introduzione e valorizzazione delle professioni sanitarie.
Azienda USL n. 5, Pisa ⁽⁴⁰⁾	Coordinamento infermieristico e coordinamento tecnico sanitario all'interno della direzione sanitaria.
Azienda USL n. 6, Livorno ⁽⁴¹⁾	Coordinatore infermieristico e coordinatore tecnico sanitario con organizzazione che segue il modello proposto dalla legge n. 40/2005 della regione toscana. Dipendono entrambi dalla direzione aziendale. Modello non rappresentativo di tutte le professionalità coinvolte.
Azienda USL n. 7, Siena ⁽⁴²⁾	Nessuna politica di introduzione e valorizzazione delle professioni sanitarie.
Azienda USL n. 8, Arezzo ⁽⁴³⁾	Nessuna politica di introduzione e valorizzazione delle professioni sanitarie.
Azienda USL n. 9, Grosseto ⁽⁴⁴⁾	Nessuna politica di introduzione e valorizzazione delle professioni sanitarie.

Azienda USL n. 10, Firenze ⁽⁴⁵⁾	Figura una direzione infermieristica ed ostetrica e una direzione dei servizi tecnico sanitari, entrambi dipendenti dal direttore sanitario.
Azienda USL n. 11, Empoli ⁽⁴⁶⁾	Dipartimento delle professioni sanitarie secondo il modello proposto dalla legge n. 40/2005 della regione toscana. Modello non rappresentativo di tutte le professionalità coinvolte.
Azienda USL n. 12, Viareggio ⁽⁴⁷⁾	Sono istituiti un coordinatore infermieristico ed un coordinatore tecnico sanitario i quali fanno capo al direttore sanitario. Nella struttura dei dipartimenti sono inseriti all'interno del dipartimento della prevenzione, dei servizi territoriali, dei emergenze e urgenza, di funzioni sanitarie aziendali.
A. O. U. Careggi, Firenze ⁽⁴⁸⁾	Nessuna politica di introduzione e valorizzazione delle professioni sanitarie.
A. O. U. Pisana, Pisa ⁽⁴⁹⁾	Dipartimento Attività Infermieristiche che non è possibile ricondurre alla struttura di dipendenza causa assenza di informazioni. Inoltre sono istituite la U.O. Diagnostica Professionale di Laboratorio, la U.O. Professionale Diagnostica per Immagini, la U.O. Professionale di Riabilitazione e la Unità operativa Professionale di Ostetricia inserite nello staff della direzione aziendale.
A. O. U. Senese, Siena ⁽⁵⁰⁾	È presente un coordinatore servizio infermieristico e ostetrico e un coordinatore servizio tecnico sanitario dipendenti dalla direzione sanitaria. Nella struttura figurano anche U.O.P. annesso ma non rappresentative.

Tabella 8 - Rilevazione delle politiche attuate nelle aziende sanitarie toscane per le professioni sanitarie.

La situazione rilevata attraverso i documenti ufficiali non è confortante. In Toscana ci sono solo dei timidi accenni al recepimento aziendale della legge n. 40/2005 e del PSR 2005-2007 per la dirigenza delle professioni sanitarie. Rispetto al territorio nazionale la diffusione delle UU.OO. dirigenziali è molto debole e non uniforme.

Le A.O. sono quelle tra le più attive, forse per la maggior complessità delle attività svolte, assieme ad alcune ASL, però ancora lontani dal un modello adeguatamente rappresentativo. La possibilità di istituire eventuali strutture aggiuntive per migliorare l'assistenza e favorire l'integrazione non ha avuto riscontro nelle realtà territoriali.

L'applicazione parziale sul territorio regionale è sicuramente dovuta ad un ritardo nelle modifiche e nelle integrazioni dei regolamenti aziendali i quali hanno determinato un mancato riconoscimento delle competenze specifiche.

L'oggettiva complessità organizzativa, l'elevata responsabilità gestionale, l'autonomia e la competenza caratterizzano le funzioni dirigenziali svolte dai professionisti sanitari e per questo devono entrare a far parte obbligato-

riamente della mission delle aziende. Ai professionisti poi il compito di recepire le reali opportunità offerte dal sistema e a livello aziendale riuscire a trasmettere la reale necessità di far applicare la legge.

Dall'altro è necessario assicurare ai professionisti le migliori condizioni operative e organizzative possibili per trasformare le competenze acquisite sia in ambito lavorativo sia in ambito di formazione specialistica universitaria in risposte assistenziali integrate, appropriate e sicure.

3.3

Modello ipotetico di assetto organizzativo aziendale

Le ridondanze rilevate sull'applicazione della normativa potrebbero far pensare ad una reale ed oggettiva difficoltà di integrazione delle nuove competenze affidate alle professioni sanitarie con il sistema attualmente in vigore.

Lo sviluppo normativo ed il recepimento aziendale fin qui osservato apre nuove possibilità di evoluzione per arrivare ad una soluzione ottimale di gestione multi professionale integrata. Il nuovo status dei professionisti della salute e la necessità di risposta ai bisogni socio sanitari devono essere il punto di riferimento sul quale basare le prossime azioni di governo della salute.

In questa ottica, lo sviluppo di un modello di organizzazione aziendale deve tener conto di elementi caratterizzanti quali il tipo di funzione specifica che deve svolgere la struttura ed i meccanismi/processi operativi che devono rendere funzionale e dinamico tale sistema, ottenibile soprattutto attraverso la gestione delle risorse umane, in quanto l'attività assistenziale fonda la sua essenza sul lavoro dei professionisti.

I modelli fin qui presentati non sopperiscono ai temi cui la sanità sta andando incontro e andrà ancor di più nei prossimi anni ovvero l'affermazione operativa del governo clinico, la gestione trasversale dei processi, l'intensità delle cure fino ad arrivare ad un modello di management sanitario che porti ad una reale gestione delle risorse attraverso il dipartimento unico delle professioni sanitarie diretto da un dirigente.

Ad oggi le aree funzionali hanno una gestione molto debole, è quindi necessario attribuire gli strumenti e la struttura adeguata per affrontare la mutevole domanda dell'utenza, uscendo da una visione culturale basata sulla professione medica.

La proposta elaborata e riportata nel grafico 10, valorizza la singola professionalità ma allo stesso tempo garantisce una continuità e un livello di prestazione elevato e consono agli standard qualitativi offerti dagli operatori. Il riferimento specifico è fatto sull'area di appartenenza ma è equiparabile tutte le altre aree.

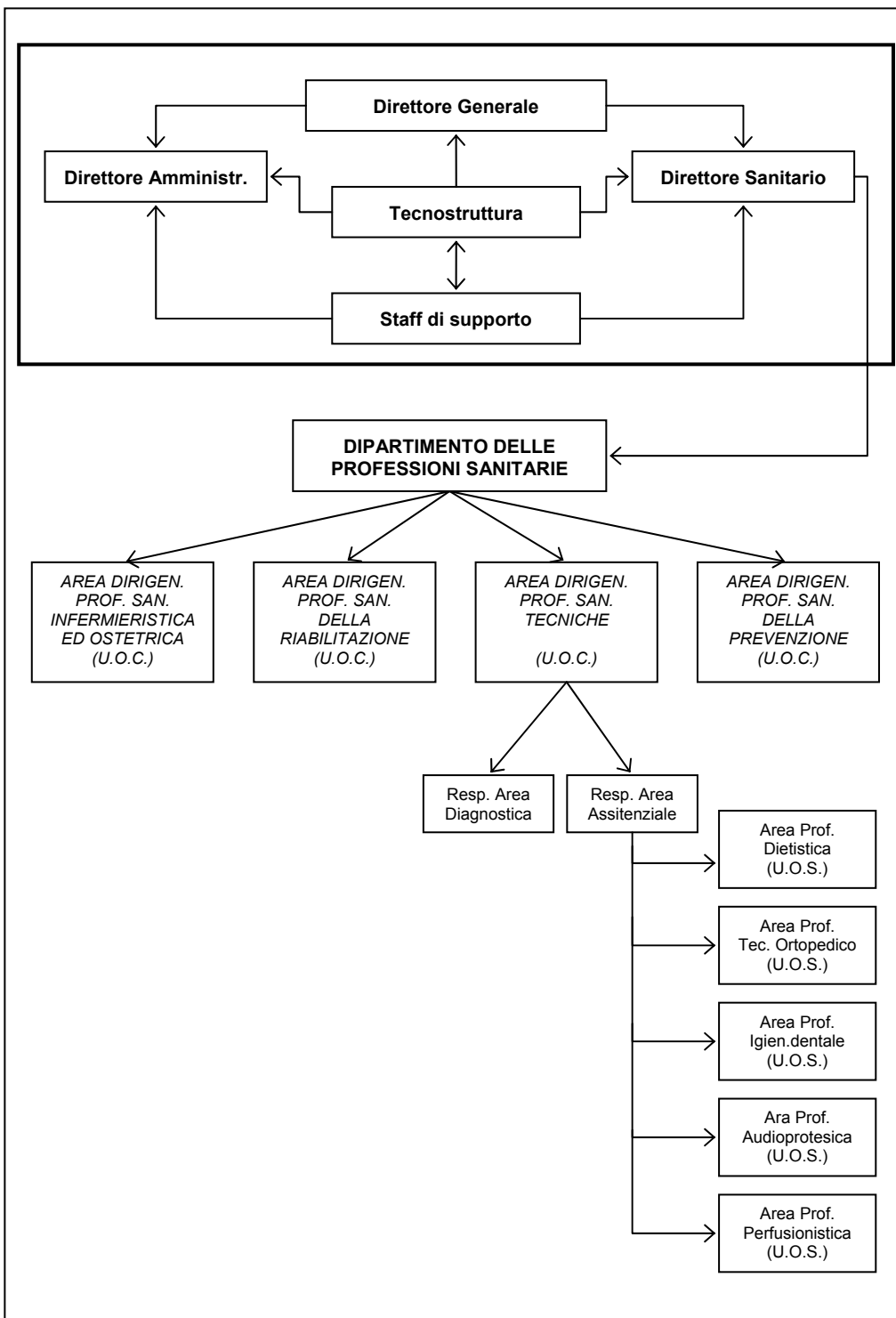


Grafico 10 – Proposta di modello organizzativo e gestionale per le professioni sanitarie.

La struttura organizzativa ricalca il modello previsto per la formazione universitaria delle lauree specialistiche con in più una struttura di direzione unica rappresentata dal dipartimento delle professioni sanitarie, strumento necessario per raggiungere la razionalizzazione delle risorse secondo i criteri di

efficacia ed efficienza, favorire l'interdisciplinarietà e la capacità decisionale e operativa attraverso la partecipazione ed il coinvolgimento dei professionisti presenti.

A capo del dipartimento, alla luce anche dell'entrata in vigore della procedura concorsuale per dirigente unico delle professioni sanitarie dopo l'approvazione del DPCM del 25 gennaio 2008, viene nominato un professionista sanitario in possesso di laurea specialistica e con comprovata esperienza nell'ambito professionale.

Le quattro aree sanitarie assumeranno il carattere di unità operativa complessa (U.O.C.) mentre i vari servizi afferenti assumeranno il carattere di unità operativa semplice (U.O.S.). A capo di ciascuna delle U.O.C. dovrà andare un dirigente delle professioni sanitarie nominato dal direttore generale su indicazione del direttore di dipartimento.

In questo modo si genera un doppio livello di dirigenza delle professioni sanitarie, quello del direttore di dipartimento e quello del direttore di area professionale complessa.

A capo di ciascuna delle U.O.S. dovrà invece esserci un coordinatore il quale gestisce tutti gli operatori dello specifico professionale affidati/dislocati ai vari dipartimenti. Tra il coordinatore ed i singoli professionisti possono essere nominati dei referenti di dipartimento per la professione trattata per facilitare lo sviluppo del lavoro.

Il dipartimento delle professioni sanitarie deve avere:

- una *propria mission* (perché esisto?), corrispondente agli scopi-obiettivi e che permette di contraddistinguerlo da tutti gli altri dipartimenti e da quelli di qualsiasi altra azienda;
- una *propria vision* (a cosa proietto?), corrispondente alla proiezione dello scenario futuro rispetto agli obiettivi, i valori e le aspirazioni di chi fissa gli obiettivi, permette di incentivare l'azione.

Nella tabella 9 è riportata la mission, la vision e le funzioni che dovrebbe perseguire il dipartimento delle professioni sanitarie.

<p>MISSION</p>	<p>Partecipazione all'erogazione di attività sanitarie di assistenza e diagnostiche-terapeutiche in settori di alta specializzazione, di emergenza, alberghiere e di media-alta complessità attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un'assistenza centrata sull'utente ed orientata su modelli innovativi fondati sulla EBM, i quali prendono in considerazione i bisogni fisici, psicologici, sociali del singolo e delle loro famiglie; • la realizzazione del processo assistenziale in ambito preventivo, terapeutico, palliativo e riabilitativo mediante prestazioni di natura tecnica, relazionale ed educativa; • l'implementazione della formazione di base in ambito infermieristico, tecnico, della riabilitazione e della professione ostetrica e la realizzazione della qualificazione professionale degli operatori di supporto; • la partecipazione ai processi di formazione permanente e di aggiornamento del personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione e della professione ostetrica nonché quello di supporto. <p>Il dipartimento delle professioni sanitarie è una articolazione organizzativa che, ai diversi livelli, ha la responsabilità della programmazione, organizzazione e gestione delle attività assistenziali, dei processi trasversali e delle prestazioni alberghiere, nonché della verifica e valutazione dei risultati ottenuti, al fine di garantire la qualità delle prestazioni e la miglior gestione delle risorse disponibili.</p> <p>Il dipartimento è costituito dal personale infermieristico-ostetrico, tecnico sanitario, della riabilitazione e della prevenzione il quale è impegnato a conseguire la mission aziendale mediante la gestione funzionale delle risorse e degli strumenti di lavoro, inerenti la pianificazione delle attività.</p>
<p>VISION</p>	<p>Tutti i professionisti della salute operano efficacemente in team, nel rispetto e comprensione delle reciproche responsabilità e autonomie di intervento con una particolare attenzione al coinvolgimento attivo dell'utente e della sua progressiva responsabilizzazione.</p> <p>Il dipartimento mira a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantire una assistenza sicura ed il più possibile adattata alle esigenze del singolo utente; • garantire la partecipazione dell'utente alla programmazione e allo svolgimento delle attività assistenziali, alberghiere ed alla valutazione dei risultati conseguiti, specialmente in termini di umanizzazione, personalizzazione; • garantire il miglioramento continuo della qualità per l'accesso ai servizi, all'accoglienza dell'utente e dei suoi familiari e al comfort; • garantire una collaborazione ottimale con gli operatori delle altre professioni del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo; • garantire la crescita professionale dei professionisti coinvolti nei processi assistenziali.
<p>FUNZIONI</p>	<p>Il dipartimento è articolato in funzioni in line (dirigenti di area, responsabili, coordinatori) per l'attività operativa professionale ed in funzioni in staff (ricerca, sviluppo, formazione, qualità) a supporto della direzione aziendale.</p> <p>Il dipartimento svolge le funzioni di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • individuare standard e criteri per un'equa distribuzione del personale delle professioni sanitarie, contribuendo a definire politiche e sistemi di reclutamento, selezione, gestione e sviluppo della risorse umane; • progettazione e sviluppo di modelli organizzativi assistenziali innovativi coerenti con l'organizzazione aziendale; • analisi del fabbisogno formativo, definizione di piani formativi in coerenza con gli obiettivi aziendali; • partecipazione allo sviluppo e verifica del sistema aziendale con particolare riguardo ai flussi e agli strumenti informativi relativi alle attività delle professioni sanitarie; • definizione dei sistemi di verifica e di indicatori delle prestazioni e delle attività alberghiere; • partecipazione all'elaborazione e all'implementazione dei progetti relativi alla qualità e alla ricerca sull'assistenza sanitaria; • partecipazione alla definizione degli indirizzi concernenti l'applicazione del contratto di lavoro, l'identificazione di sistemi premianti e di un sistema di valutazione delle prestazioni professionali; • programmare, organizzare, coordinare, gestire e controllare le risorse umane e materiali indispensabili alla erogazione dell'assistenza; • garantire l'attività di direzione e di tutorato nei confronti degli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie;

	<ul style="list-style-type: none"> • implementare specifici protocolli e indicatori di qualità, con specifico riferimento a strumenti validati in grado di valutare la complessità delle prestazioni assistenziali; <p>Il dipartimento fornisce indicazioni tecniche per i bisogni conoscitivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alla direzione strategica per la realizzazione degli obiettivi aziendali; • al direttore generale per il budget e le previsioni di spesa sulla scorta degli standard e dei criteri individuati; • al direttore sanitario per il supporto al governo clinico; • ai direttori di distretto, di presidio e di dipartimento per analizzare l'appropriatezza nei rispettivi ambiti assistenziali.
--	--

Tabella 9 – Mission, vision e funzioni del dipartimento delle professioni sanitarie.

L'organigramma del dipartimento si compone dal *Direttore*, individuato tra i dirigenti delle professioni sanitarie afferenti alle singole aree, infermieristico-ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione, nominato dal direttore generale sul risultato della procedura concorsuale prevista.

Il direttore di dipartimento partecipa alla definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali relative ai processi ed ai programmi di competenza, è responsabile degli indirizzi organizzativi e gestionali per il governo delle attività di competenza degli operatori delle singole aree, è responsabile della qualità e dell'efficienza tecnica ed operativa delle attività assistenziali, dello sviluppo organizzativo e tecnico-professionale dei processi che si realizzano anche con il contributo di altre figure professionali di supporto, è responsabile del governo clinico assistenziale e dei processi organizzativi di competenza delle singole aree e dell'individuazione dei bisogni formativi degli operatori afferenti alle singole aree.

Per ognuna delle quattro aree professionali dirigenziali (U.O.C.) è nominato un *Dirigente di area* scelto tra i professionisti ricompresi in tal settore con comprovata esperienza di servizio, tenendo conto della complessità aziendale e del numero dei professionisti afferenti ad ogni singola area. L'incarico deve essere triennale o quinquennale e rinnovabile.

Le specifiche del ruolo e delle attività dei dirigenti di area sono:

1. la funzione di formazione permanente ed aggiornamento;
2. la funzione di sviluppo organizzativo e di ricerca;
3. la funzione qualità ed accreditamento.

1. La *funzione formazione permanente ed aggiornamento* è una attività organizzata e finalizzata alla promozione della cultura professionale, personale ed aziendale. E' finalizzata alla produzione di processi formativi per integrare saperi e bisogni diversi degli operatori impegnati ai vari livelli dell'azienda

con particolare riferimento alle modifiche organizzative, tecniche ed assistenziali ed alla integrazione aziendale. E' responsabile dei processi formativi e di ricerca trasversali ai vari dipartimenti.

Inoltre collabora all'analisi ed identificazione del fabbisogno formativo, collabora di concerto con il direttore di dipartimento aziendale alla elaborazione del piano di formazione annuale da sottoporre al direttore generale per il personale afferente alle singole aree, fornisce supporto formativo alle attività di sperimentazione organizzativa e di ricerca, fornisce supporto alle attività di ritorno formativo.

2. La *funzione di sviluppo organizzativo e di ricerca* è una attività organizzata e finalizzata alla rilevazione, modificazione, promozione di modelli organizzativi e di lavoro coerenti con gli obiettivi aziendali, con una attenzione particolare all'integrazione dipartimentale ed alla costruzione di reti organizzative, all'attività conoscitiva di analisi e alla riflessione che si pone nella pratica su determinati problemi al fine di realizzare una tipologia di intervento di sperimentata efficacia, cioè in grado di garantire il miglioramento della salute e di arricchire di contenuti le discipline assistenziali, alla progettazione di un percorso per l'introduzione ed utilizzo di una documentazione assistenziale personalizzata.

Il percorso deve seguire il seguente iter:

- a) identificazione della teoria di riferimento;
- b) interventi formativi per il personale coinvolto;
- c) attivazione gruppi di lavoro per l'analisi organizzativa e predisposizione degli strumenti informativi;
- d) individuazione delle UU.OO. da porre in sperimentazione;
- e) adozione di modelli aziendali ed attivazione di un percorso di coinvolgimento di tutte le UU.OO.;
- f) verifica periodica/aggiornamento dei modelli adottati;
- g) attivazione di gruppi di lavoro per la predisposizione di strumenti informativo/operativi (protocolli, procedure, linee guida);
- h) revisione periodica degli stessi, verifica sistematica circa il reale utilizzo degli stessi nella pratica quotidiana;
- i) attivazione di percorsi di ricerca descrittiva al fine di giungere ad una sistematica e controllata raccolta di dati e di progettare iniziative di miglioramento assistenziale.

Inoltre è necessario attivare percorsi di ricerca sperimentale per valutare l'efficacia delle prestazioni, per analizzare sistematicamente le realtà organizzative aziendali ed identificare nuovi modelli organizzativi, per fornire supporto alle attività di gestione del personale attraverso la predisposizione/aggiornamento di progetti di inserimento ed accoglienza del personale neo assunto, per la progettazione di percorsi volti al miglioramento e verifica periodica degli aspetti relativi all'accoglienza, al comfort alberghiero ed all'indice di gradimento degli utenti.

3. La *funzione qualità e accreditamento* è una attività che deve essere organizzata e finalizzata a creare un sistema di qualità aziendale attraverso la partecipazione alla predisposizione del piano annuale di sviluppo della qualità, della definizione di criteri, indicatori e standard in merito all'efficacia, efficienza, competenza tecnica, accettabilità, adeguatezza, appropriatezza, accessibilità, partecipazione dell'utente, dell'operatore e comunicazione interna, a garanzia di una corretta gestione del rischio per i lavoratori e per gli utenti, per partecipazione a programmi di accreditamento sia regionali che di eccellenza, a definire un sistema di audit clinico.

Detto ciò la nostra attenzione si concentra in particolare sull'attività dirigenziale dell'area tecnico-sanitaria, alla quale afferisce il laureato in scienze delle professioni sanitarie tecniche assistenziali. In quest'area, la quale vede anche una sub divisione organizzativa in professioni diagnostiche e professioni assistenziali, la presenza di svariati profili sembra rendere più difficile una sintesi gestionale.

La prima possibilità per ovviarvi risiede nella chiarezza della mission di ogni unità organizzativa aziendale (U.O., servizi, dipartimenti) collegata alla missione generale dell'azienda sanitaria: la trasformazione dei ruoli professionali e delle conseguenti ricadute sul modello organizzativo vuole manager riconoscersi in un corpo di valori che consenta loro di orientare il sistema in materia univoca e di introdurre nuovi comportamenti⁽⁵⁾.

Sarà così possibile far nascere una professionalità non solo riferita alla tradizione specifica, bensì con una formazione e acquisizione di carattere qualificanti del comportamento professionale dirigenziale. Per la maturazione di tali caratteristiche è determinante la laurea specialistica, concepita proprio per coniugare le diverse afferente d'area ad una vision univoca che consentirà al dirigente del servizio delle professioni tecnico-sanitarie di assumere il ruolo

che gli compete nel sistema aziendale di governo. È necessario quindi stabilire preventivamente l'analisi di contesto, gli obiettivi specifici, l'orientamento alla programmazione, la pianificazione dei fabbisogni professionali, il coordinamento e gestione delle risorse, la valutazione della qualità delle prestazioni, gli aspetti di ricerca, formazione, didattica, sviluppo e valutazione del personale.

Infine per completare il modello di organigramma dipartimentale descritto deve essere istituito il *coordinatore di area professionale (U.O.S.)* il quale viene nominato dal direttore generale sentito il parere del direttore di dipartimento delle professioni sanitarie con incarico specifico. E' individuato fra i collaboratori professionali sanitari dell'azienda. L'incarico è a termine e rinnovabile.

L'attribuzione dell'incarico di coordinatore deve essere aggiuntivo alle funzioni ricoperte come coordinatore di dipartimento/i. Il coordinatore di dipartimento, oltre alle funzioni proprie del profilo di appartenenza definite dalla normativa contrattuale, ha la responsabilità della gestione complessiva dei processi trasversali tra i dipartimenti per la professionalità rappresentata e del mantenimento dei rapporti di rete con gli stessi.

Al fine di una reale gestione integrata dell'area professionale è fondamentale che il coordinatore possa esercitare un concreto potere organizzativo con una forte responsabilizzazione del ruolo ricoperto e gestione sul personale. Inoltre è suo compito gestire il budget assegnatoli, promuovere incontri e riunioni tra il personale afferente al servizio, creare le condizioni affinché l'erogazione dell'assistenza soddisfi i bisogni assistenziali, individuando i meccanismi di flessibilità nell'impiego di personale nell'ambito delle singole strutture in modo da commisurarli al variare delle effettive necessità. Deve poi valutare le proposte dei dipartimenti sull'impiego delle risorse umane da lui gestite in relazione all'andamento della domanda e degli obiettivi aziendali, presidiare l'inserimento e l'utilizzo di strumenti di valutazione del personale neo-assunto, supportare il coordinatore di dipartimento/i nella valutazione del personale ed insieme ipotizzare soluzioni alle problematiche emergenti.

A livello di uno o più dipartimenti è possibile trovare un coordinatore referente che viene individuato dal coordinatore di area professionale tra i professionisti operanti nelle singole UU.OO. afferenti. È necessario sottolineare come il personale operativo delle quattro aree professionali inserito nelle varie UU.OO. aziendali debba rispondere gerarchicamente al direttore del diparti-

mento e funzionalmente al direttore del dipartimento di assegnazione per le funzioni specifiche all'attività dipartimentale attribuitigli.

L'evoluzione organizzativa descritta ha riflessi importanti nella gestione dei processi sanitari. Il nuovo management delle professioni sanitarie sta portando sempre più a governare processi trasversali che vanno al di là dell'organizzazione funzionale arrivando ad una gestione globale delle necessità della salute. Il concetto esposto è possibile raffigurarlo tramite il grafico 11, dove l'organizzazione a matrice permette di configurare i percorsi trasversali da gestire.

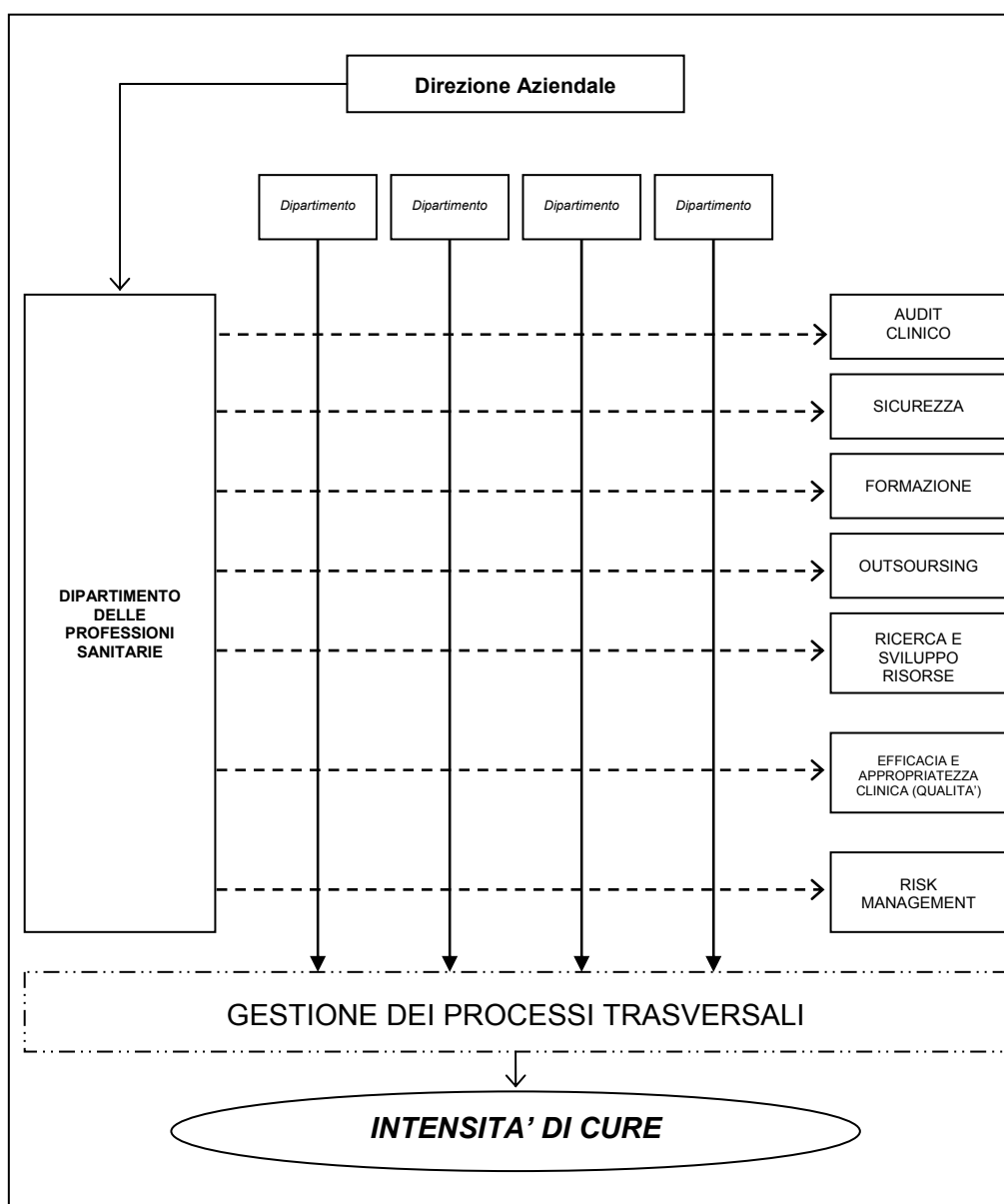


Grafico 11 – Il dipartimento delle professioni sanitarie nella gestione dei processi trasversali.

È necessario uscire da una visione verticale/longitudinale dei processi sanitari per arrivare ad una visione trasversale/orizzontale che possa portare ad una reale qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate.

L'obiettivo finale e del prossimo futuro è l'intensità di cure dove si può realizzare la vera integrazione di risorse economiche, strutture organizzative, professionalità e obiettivi proposta con il modello dipartimentale.

Riuscire a trasmettere e far applicare una reale condivisione delle disponibilità è la sfida che aspetta i nuovi manager della salute, quelli delle professioni sanitarie.

3.4

Lo specifico professionale dell'area dietistica

Dopo un'attenta analisi del modello organizzativo e gestionale dell'intera area delle professioni sanitarie verrà ora analizzata l'area professionale dietistica che speriamo gradualmente venga istituita in tutte le strutture sanitarie del territorio nazionale con caratteristiche di complessità variabili a seconda delle prestazioni erogate.

L'area professionale dietistica nella visione ottimale dovrebbe possedere un coordinamento funzionale e gestionale con progetti e processi condivisi e trasversali.

Il coordinatore dell'area professionale può avvalersi di collaboratori intra-dipartimentali per lo svolgimento delle funzioni affidategli. Il coordinatore intra-dipartimentale è scelto tra i professionisti operanti all'interno delle singole UU.OO. afferenti al dipartimento con incarico a tempo determinato di durata variabile a seconda delle indicazioni previste dall'atto aziendale (min. 1 anno e max 3) e rinnovabile.

Nel caso di dipartimenti dove la complessità assistenziale comporta un basso impegno è possibile assegnare funzioni aggiuntive oltre il singolo dipartimento, estendendo il coordinamento da intra a inter dipartimentale, ovvero un dietista che funge da coordinatore per due, tre dipartimenti. Nei dipartimenti ad alta complessità avremmo un dietista esclusivo e dedicato.

Ad oggi esistono dietisti/e aziendali affidate direttamente ai reparti o alle attività legate alla ristorazione ospedaliera, pochi hanno la possibilità del coordinamento. Allo stato attuale pensare alla professione solo per gli aspetti clinici è sminuivo e allora viste le prospettive è possibile ampliare lo spettro delle possibilità professionali, previa adeguato aggiornamento formativo.

Un attività importante che l'area professionale potrebbe assorbire nei policlinici universitari dove è presente il CLS in Dietistica è l'attività di tutoraggio per gli studenti.

In ambito di struttura complessa di azienda ospedaliera l'organigramma organizzativo potrebbe essere quello rappresentato nel grafico 12, tenendo conto delle indicazioni sopra citate.

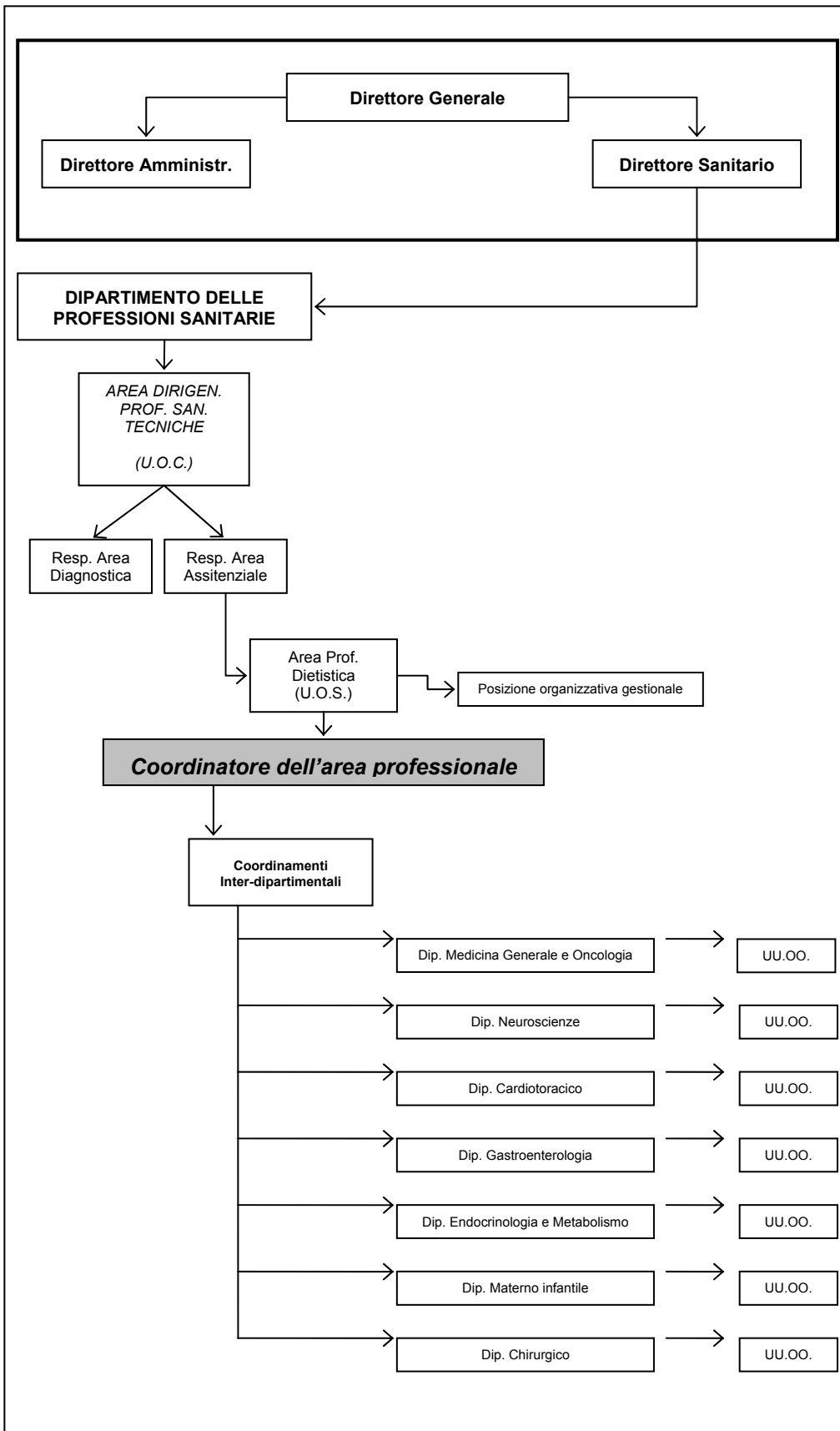


Grafico 12 – Proposta di modello organizzativo e gestionale per la dietistica su azienda ospedaliera.

L'altra prospettiva dell'area professionale dietistica è quella che si riflette, attraverso le ASL, sull'attività sanitaria di tipo territoriale.

Potremmo dire che, alla luce delle nuove politiche di governo della salute che accorciano molto i tempi di degenza (4-5 giorni circa di media), l'assistenza territoriale diventa determinante. Costruire una rete di servizi assistenziali sui distretti permette la concreta realizzazione della professionalità del dietista e delle attività di management sanitario.

Realizzare una rete di servizi non è facile, specialmente in aziende sanitarie il cui territorio è molto ampio e geograficamente ostile. La struttura dipartimentale anche in questo rischia di avere un effetto contrario perché, anche se è pensata per una integrazione fattiva e reale delle risorse disponibili, notevoli differenze e difficoltà esistono tra l'attività condotta in un unico stabile e quella in paesi, località e comuni lontani molti chilometri tra di loro.

La costituzione di una rete fondata sull'interazione e sulla complementarità funzionale fra le singole strutture che la compongono, indipendentemente dalla loro collocazione fisica e amministrativa può essere lo strumento operativo per la riuscita di una buona pratica professionale e l'erogazione unitaria del percorso assistenziale, anche se le singole prestazioni vengono assicurate in strutture diverse. L'informatizzazione in questo senso gioca un ruolo cruciale assieme alle risorse umane a disposizione.

Al fine di ciò è necessario perseguire e mantenere i più elevati standard professionali, per qualità, efficacia ed appropriatezza delle prestazioni attraverso l'aderenza a protocolli, linee guida, EBM, standard e documenti proposti dalle associazioni scientifiche e dagli enti istituzionali preposti alla tutela della dietetica e della nutrizione^(51,52,53).

La scienza della dietetica, nonostante le strenue ostruzioni della classe medica, va configurandosi pian piano verso competenze sempre più specifiche e precise. L'ultima esperienza di "buona pratica" professionale viene dalla Regione Toscana, la quale ha deliberato un protocollo per la gestione del rischio nutrizionale da attuare nelle proprie aziende sanitarie⁽⁵⁴⁾.

In questo modo l'obiettivo di integrazione multi professionale con le strutture organizzative professionali sarà sempre più stretto e indispensabile.

Di seguito viene illustrato, tramite il grafico 13, il potenziale assetto organizzativo che l'area professionale dietistica potrebbe assumere sul territorio.

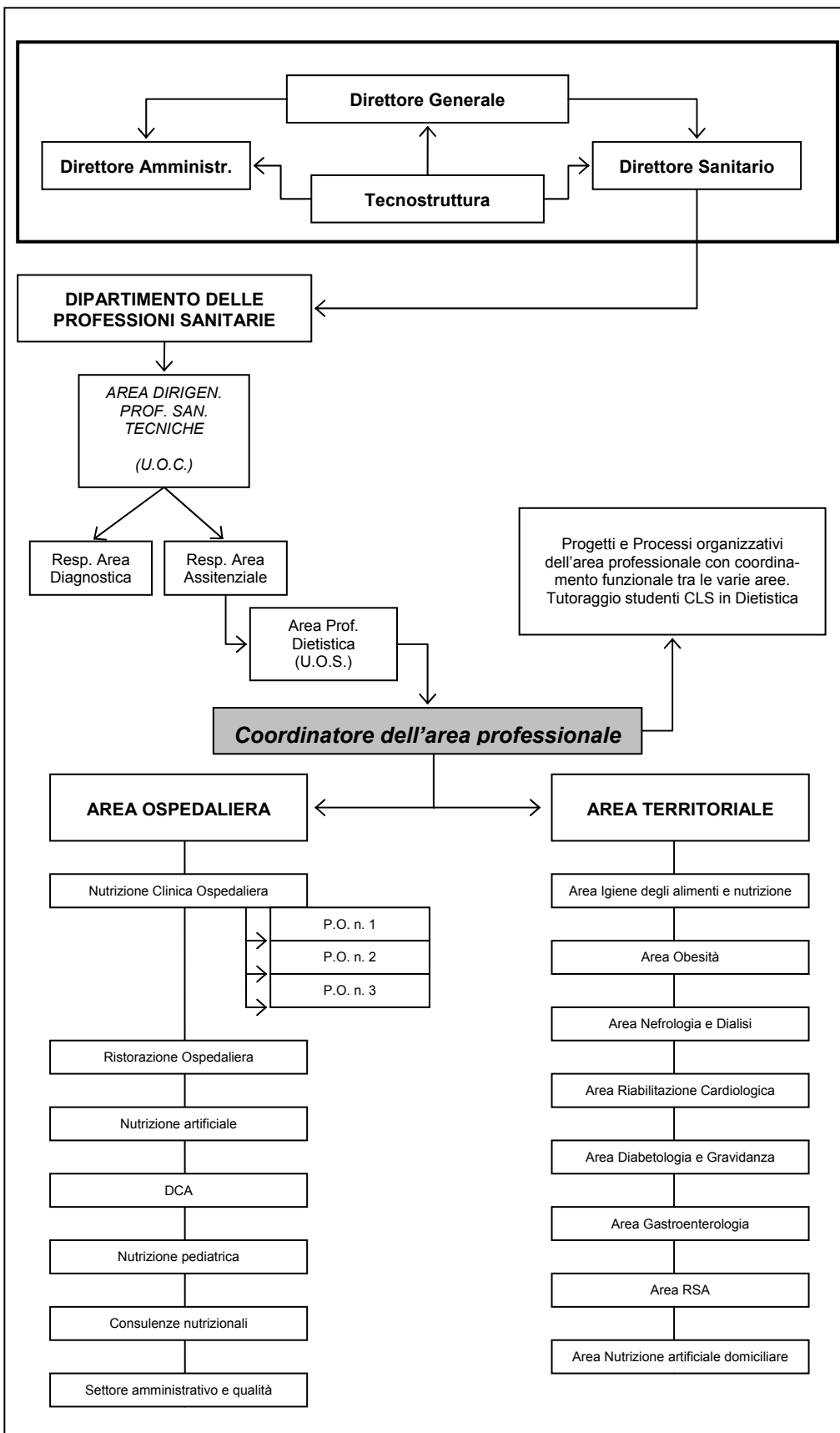


Grafico 13 – Proposta di modello organizzativo e gestionale per la dietistica su azienda territoriale.

L'oggettiva difficoltà nell'istaurare tali sistemi, sia esso su azienda ospedaliera o azienda territoriale, risiede molto nella scarsa dotazione del personale dietistico afferente alle varie strutture aziendali. L'incremento è possibile solo attraverso l'attività di richiesta che i dipartimenti e/o distretti faranno al dirigente di competenza, magari a quello delle professioni sanitarie laddove sia previsto, oppure direttamente alla direzione aziendale. Sarà poi la contrattazione fatta dal responsabile con la direzione aziendale a definire il numero di unità da integrare.

In questa fase il coordinatore prima e il dirigente responsabile poi, hanno un ruolo fondamentale nel ponderare ed intervenire al fine di far adottare a livello decisionale aziendale le migliori soluzioni per tutti i professionisti coinvolti nei processi assistenziali. A ragion di ciò il direttore generale sulla base delle richieste di tutte le strutture determinerà il budget e si porrà il problema della fattibilità dell'investimento.

La presenza di una figura che possa rappresentare le esigenze di tutti i professionisti di area sanitaria può consentire l'affermazione professionale necessaria in termini di valorizzazione e rispetto delle competenze reciproche fra i diversi soggetti operanti nelle strutture sanitarie.

Conclusioni

Profondi cambiamenti in corso d'opera nella sanità stanno comportato la nascita di un nuovo sistema di professionalizzazione e di responsabilizzazione nel quale anche gli operatori sanitari non medici, un tempo chiamati professionisti ausiliari, vengono ad assumere rinnovata importanza. Per rendere possibile ciò, è stata necessaria una trasformazione nell'organizzazione di queste professioni: nuove competenze, nuove qualifiche, nuovi percorsi formativi.

Il legislatore sta consegnando al sistema professioni sanitarie con uno status diverso, testimonianza che le stesse possono avere un ruolo determinante al fine dei risultati attesi. Sanità e professioni sanitarie hanno obiettivi comuni che danno il senso della meta, il confine del problema; costituiscono l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e determinano l'inserimento del singolo in una rete progettuale per la risoluzione di un problema di salute.

Le competenze dei professionisti nascono e si sviluppano da processi formativi costruiti dentro le università, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, che ha contribuito a rendere tali percorsi chiari, completi e di assoluto valore professionale. Alle stesse università, insieme alle altre istituzioni, spetta ora il compito di sviluppare migliori sinergie con le professioni sanitarie e con il sistema sanitario, per sostenere questo percorso culturale sia nella fase della formazione di base sia post-base.

Questo si può realizzare attraverso un confronto continuo, aperto e costruttivo per condividere, costruire e contestualizzare percorsi professionali che rispondano al meglio all'effettiva esigenza di professionisti, dalle organizzazioni sanitarie e dei bisogni degli utenti.

Gli operatori della salute oggi sono in grado di contribuire attraverso un lavoro di supporto alle direzioni delle aziende e una diretta assunzione di funzione organizzative e gestionali, alla realizzazione del diritto alla salute dell'utente, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento delle qualità organizzativa e professionale nel servizio sanitario.

In una fase dove l'equilibrio è molto precario, è necessario prima di tutto conservare e consolidare i risultati raggiunti, per poi migliorare gli aspetti specifici, tutelando però tutte le figure coinvolte. Il riconoscimento della diri-

genza inizia a prendere campo ma è ancora troppo limitato alla professione infermieristica. Per le altre aree il senso delle politiche per il governo delle professioni ha ancora una interpretazione restrittiva. Non è coerente una dirigenza non rappresentativa di tutte le professioni, deve invece essere garantita l'autonomia delle funzioni di governo delle varie aree professionali presenti in azienda mediante l'individuazione di figure apicali distinte a con gli stessi compiti, ognuna per la propria area professionale specifica in staff.

A tali persone deve essere offerta la possibilità di esercitare il loro delicato compito in piena autonomia e responsabilità perché solo così sapranno essere in grado di fornire tutto il supporto necessario per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Inoltre devono poter contribuire all'organizzazione dipartimentale perché esca fuori definitivamente dalla fase teorica e diventi operatività quotidiana. Il proposito del dipartimento è buono, ora è doveroso investirci concretamente.

Rispetto inteso come saper ascoltare le esigenze dell'utente, instaurare una collaborazione effettiva fra i professionisti, trasparenza nei processi decisionali, responsabilità come coerenza e rispetto degli impegni assunti, qualità clinica basata sulle esigenze scientifiche, sicurezza intesa come garanzia condizioni della sicurezza, innovazione come promozione dello sviluppo costante di nuove competenze e conoscenze, dovranno essere le caratteristiche dell'azione del dirigente delle professioni sanitarie.

La sostenibilità e la qualificazione della risposta sanitaria sarà il risultato del connubio tra disponibilità di risorse e ricerca scientifica per arrivare ad alti livelli di "best practice" professionale.

Il livello raggiunto non è definitivo, ulteriori integrazioni sono obbligatorie per poter raggiungere una completa definizione normativa prima regionale e poi aziendale degli operatori della salute.

La condivisione delle conoscenze in un processo di crescita continua sarà la chiave di volta nella sperimentazione ed affermazione dell'organizzazione e management sanitario. Per garantire la massima integrazione multidisciplinare e multiprofessionale nei campi di intervento il metodo di lavoro dovrà essere basato su processi trasversali, a cui contribuiscono operatori dei diversi servizi in rapporto all'omogeneità delle materie di riferimento e alle funzioni proprie delle aree di responsabilità.

La dirigenza delle professioni sanitarie è il nuovo caposaldo in un sanità che a più livelli sta cambiando non in modo virtuale, ma realmente concreto. Non è più possibile restare indifferenti di fronte a tutto ciò, è necessario una modifica sostanziale della visione sulle dinamiche dei ruoli operativi e gestionali; non è possibile continuare a creare ostruzionismo alla fisiologica trasformazione della professionalità della salute.

Bibliografia e sitografia

- (1) Benci L. "Le professioni sanitarie non mediche: aspetti giuridici, deontologici, e medico-legali". *McGraw-Hill Companies*, 2002.
- (2) <http://www.quirinale.it/costituzione/costituzione.htm>
- (3) Bruno P. "La competenza manageriale in sanità – I nuovi livelli di responsabilità in una sanità che cambia". *Franco Angeli*, 2006.
- (4) Benci L. "Professioni sanitarie non mediche: normativa in movimento". *Rivista Diritto Professioni Sanitarie*, 2001; 4(2):84-90.
- (5) Agostini S. "L'atto aziendale di diritto privato. Tra aziendalizzazione e riforma delle professioni sanitarie, un ulteriore elemento per nuovi modelli organizzativi. Dall'analisi generale alla prospettive in Friuli Venezia Giulia". *Andid notizie*, 2008; 6(VI):33-37.
- (6) Cecchetto G. "Autonomia professionale e responsabilità del Dietista in ambito clinico". *Atti corso di aggiornamento Andid "Il Dietista e la buona pratica professionale: aspetti etici, giuridici e legislativi"*, Perugia, 26-01-2008.
- (7) <http://www.dietistiandid.it/admin/news/body-news.asp?NewsId=3287>
- (8) Rossi A. "Responsabilità professionale e gestione delle professioni sanitarie: l'esperienza della ASL di Perugia". *Atti corso di aggiornamento Andid "Il Dietista e la buona pratica professionale: aspetti etici, giuridici e legislativi"*, Perugia, 26-01-2008.
- (9) Calamandrei C., Pennini A. "La leadership in campo infermieristico. Nuove tendenze e strumenti gestionali". *McGraw-Hill Companies*, 2006.
- (10) Rodriguez D. "L'evoluzione normativa dell'autonomia e della responsabilità professionale delle professioni sanitarie". *Atti corso di aggiornamento Andid*

- "Il Dietista e la buona pratica professionale: aspetti etici, giuridici e legislativi"*, Perugia, 26-01-2008.
- (11) Bergamaschi M. "L'organizzazione nelle aziende sanitarie". *McGraw-Hill Companies*, 2000.
- (12) www.renalgate.it/qualita/gori_processi_sanita
- (13) Meggisson L.C. "Management. Concetti e applicazioni". *Franco Angeli*, 2003.
- (14) H. Mintzberg "La progettazione dell'organizzazione aziendale". *Il Mulino*, 1985.
- (15) Richard L. Daft "Organizzazione Aziendale". *Apogeo*, 2004.
- (16) Hammer M., J.Champy "Ripensare l'azienda". *Sperling&Kupfer*, 1994.
- (17) Petronici A. "Lavorare per processi". *Dispense CLS Sc.Prof. Sanitarie Tecniche Assistenziali*, Pisa, A.A. 2006-2007.
- (18) Grilli R., Taroni F. "Governo Clinico". *Pensiero Scientifico Editore*, 2004.
- (19) <http://www.ausl2.umbria.it/canale.asp?id=34>
- (20) http://www.ospedalimantova.it/presentazione_6.htm
- (21) <http://www.hcrema.it/xcontentx.aspx?CID=93>
- (22) http://www.ao-legnano.it/Azienda/Azi_Organizzazione.asp?Area=Direzione+Generale &Dipartimento=Direzione+Sanitaria&Sede=&UO=
- (23) http://www.ao-sanpaolo.it/pagine/azienda/direzione/direzione_sanitaria.83/
- (24) <http://www.pietromigliavacca.it/newprojectsitra/sitra/presentasitra.htm>

- (25) [http://www.asl.bergamo.it/portale/w3c/cms.nsf/\(all\)/A34C3387C57EB843C1257099004C0BF4?OpenDocument](http://www.asl.bergamo.it/portale/w3c/cms.nsf/(all)/A34C3387C57EB843C1257099004C0BF4?OpenDocument)
- (26) http://www.ospedalesansalvatore.it/sez_dipartimenti/dipartimenti_8.htm
- (27) <http://www.ao-umbertoprime.marche.it/Dettaglio.asp?wTipologia=104&wCodice=12>
- (28) <http://www.ospedaleudine.it/stc/azienda/struttura.asp?Style=>
- (29) <http://www.aslcaserta2.it/azienda.php>
- (30) <http://www.aslsalernouno.it/Azienda/Atto%20Aziendale/index.asp?idArea=91>
- (31) <http://www.aslnuoro.it/index.php?xsl=15&s=3&v=9&c=2706&esn=Primo+piano&na=1&n=10>
- (32) <http://www.aslmt4.it/dipartimenti/dirstrategica/sitra/assistenza.htm>
- (33) http://www.molinetto.piemonte.it/index_reparti?rep=entry200
- (34) <http://www.aochiari.it/servizi.asp?idroot=6&id=208>
- (35) <http://www2.hsanmartino.it/cgi-bin/liguria/sanmartino/ep/home.do?tabId=4>
- (36) <http://www.usl1.toscana.it/sezioni.php?nmsz=L%27Azienda+Usl+1+-+Presentazione&idsez=76&idp=0>
- (37) <http://www.usl2.toscana.it/AziendaOrgAzDirezioneStaff.php>
- (38) <http://www.usl3.toscana.it/index.asp>
- (39) <http://www.usl4.toscana.it/lenya/default/live/presentazione/Organizzazione.html>

- (40) <http://www.usl5.toscana.it/cgi-bin/load.pl?id=85>
- (41) <http://www.usl6.toscana.it/organigramma/organigramma.asp>
- (42) <http://www.usl7.toscana.it/index.php?module=CMpro&func=viewpage&pageid=31&vpage=path>
- (43) <http://www.usl8.toscana.it/>
- (44) <http://www.usl9.grosseto.it/default.asp?idlingua=1&idContenuto=43>
- (45) http://www.asf.toscana.it/index.php?option=com_content&task=view&id=15
- (46) <http://servizi.usl11.tos.it/sviluppo/portalenw/strutture.php?&homepag=home2&homepos=202>
- (47) <http://intraweb.usl12.toscana.it/organigramma/organigramma.htm>
- (48) <http://www.ao-careggi.toscana.it/areatecnica/>
- (49) http://www.ao-pisa.toscana.it/azienda/UO_prof.htm
- (50) <http://www2.ao-siena.toscana.it/Strutture/> e <http://www.ao-siena.toscana.it/organigramma.htm>
- (51) AA.VV. "Standard accademici per la dietetica". *EFAD*, giugno 2005.
- (52) AA.VV. "Il Dietista e la pratica professionale: posizioni dell'ANDID". *ANDID*, marzo 2004.
- (53) AA.VV. "Il Dietista e la pratica professionale: posizioni dell'ANDID". *ANDID*, 15:5, 2005.

Testi di riferimento per l'approfondimento

Amato R., Chiappi R. "Tecniche di project management. Pianificazione e controllo dei progetti". *Franco Angeli*, XIII^a edizione, 2007.

Del Poeta G., Mazzufero F., Canepa M. "Il Risk Management nella logica del Governo Clinico". *McGraw-Hill Companies*, I^a edizione, 2006

Grilli R., Taroni F. "Governo Clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza". *Pensiero scientifico editore*, I^a edizione, 2004.

Santullo A. "L'infermiere e le innovazioni in sanità. Nuove tendenze e strumenti gestionali". *McGraw-Hill Companies*, II^a edizione, 2004.

Cinotti R. "La gestione del rischio nelle organizzazioni". *Pensiero scientifico editore*, I^a edizione, 2004.

Pontello G. "Il management infermieristico. Organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000". *Masson*, 2004.

Tarricone R. "Valutazioni economiche e management in sanità. Applicazioni ai programmi e tecnologie sanitarie". *McGraw-Hill Companies*, I^a edizione, 2004.

Archibald R.D. "Project management. La gestione di progetti e programmi complessi". *Franco Angeli*, X^a edizione, 2004.

Nepi A. "Gestire le relazioni nel project management. Leadership, comunicazione, team building, negoziazione". *Franco Angeli*, I^a edizione, 2004.

Cuccurullo C. "Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche". *McGraw-Hill Companies*, I^a edizione, 2003.

Vignati E., Bruno P. "Project management in sanità. Uno strumento per gestire il cambiamento e l'innovazione dell'organizzazione". *Franco Angeli*, I^a edizione, 2003.

Duluc A., Botteri T. "La leadership costruita sulla fiducia. Sviluppare il capitale umano per l'efficacia organizzativa". *Franco Angeli*, I^a edizione, 2003.

Piggot C.S. "Programmazione strategica in sanità". *McGraw-Hill Companies*, II^a edizione, 2002.

Calamandrei C., Orlandi C. "La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'Infermiere con funzioni manageriali". *McGraw-Hill Companies*, II^a edizione, 2002.

Casati G. "Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie". *McGraw-Hill Companies*, I^a edizione, 2000.

Chiari P., Mosci M., Naldi E. "L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida Operativa per l'Evidence Based Nursing". *McGraw-Hill Companies*, I^a edizione, 2006.

Hamer S., Collison G. "Evidence-Based Practice. Assistenza basata su prove di efficacia" (edizione italiana a cura di Chiari P., Santullo A.). *McGraw-Hill Companies*, I^a edizione, 2002.

Duff L. "Linee guida cliniche - Strategie di implementazione" (edizione italiana a cura di C. Forni). *McGraw-Hill Companies*, I^a edizione, 2002.

ALLEGATI

Allegato 1

DPCM 25 Gennaio 2008

Decreto recepimento dell'accordo Stato-Regioni sulla qualifica unica della dirigenza sanitaria

(G.U. n. 48 del 26 Febbraio 2008)

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, recante "Riordino della disciplina sanitaria, a norma dell'articolo 1, della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

VISTA la legge 10 agosto 2000, n. 251 recante "Disciplina delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";

VISTO in particolare l'articolo 6, comma 2 della citata legge n. 251 del 2000 che prevede la definizione della disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine di corsi universitari, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modificazioni;

VISTO l'articolo 6, comma 1, lettera d) della legge 1 febbraio 2006, n. 43, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", che individua i requisiti del personale dirigente appartenente alle suddette professioni;

VISTA la legge 18 ottobre 2001, n. 3 recante "Modifiche titolo V della parte seconda della Costituzione;

VISTO l'accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, del 15 novembre 2007, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica;

SULLA PROPOSTA del Ministero della salute;

DECRETA

Art. 1

1. È reso esecutivo l'accordo 15 novembre 2007, citato in premessa, di cui all'allegato 1 che costituisce parte integrante del presente decreto concernente, la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica.

Art. 2

2. Il presente decreto entra in vigore a decorrere dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 25 Gennaio 2008

Il Presidente del Consiglio dei Ministri
Prodi

Il Ministro della salute
Turco

Allegato 1
(... omissis ...)

Allegato 2

Schema Decreto Legislativo di attuazione della delega di cui all'articolo 4 della legge 1 febbraio 2006, n. 43 Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione (Bozza tratta dal sito dell'Associazione Nazionale Dietisti)

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

VISTI gli articoli 76 e 87, quinto comma, della Costituzione;

VISTA la legge 1° febbraio 2006, n. 43, recante disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali;

VISTO in particolare l'articolo 4, comma 1, della citata legge 1° febbraio 2006, n. 43, così come modificato dalla legge 17 ottobre 2007, n. 189, ai sensi del quale il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, e successive modificazioni;

VISTA la legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante disposizioni in materia di professioni sanitarie;

VISTA la legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni recante "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";

VISTO l'articolo 4-quater del decreto-legge 5 dicembre 2005, n. 250, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 febbraio 2006, n. 27, recante misure urgenti in materia di università, beni culturali ed in favore di soggetti affetti da gravi patologie, nonché in tema di rinegoziazione di mutui;

SENTITE le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in data 9 gennaio 2008;

SENTITE le Federazioni nazionali dei Collegi professionali e le Associazioni professionali delle professioni sanitarie in data 9 gennaio 2008 e in data 10 gennaio 2008;

VISTA la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella riunione del ...;

ACQUISITO il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del ...;

ACQUISITO il parere delle competenti Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella riunione del ...;

SULLA PROPOSTA del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro della salute;

EMANA IL SEGUENTE DECRETO LEGISLATIVO

Capo I – Degli Ordini professionali

Art. 1

(Istituzioni degli Ordini)

1. In attuazione della delega di cui all'articolo 4 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, e successive modificazioni, sono istituiti gli Ordini professionali degli esercenti le professioni sanitarie contemplate dall'articolo 1, comma 1, della stessa legge.

2. I Collegi degli Infermieri professionali e delle Assistenti sanitarie e delle Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI) sono trasformati in Ordini professionali delle professioni infermieristiche.
3. I Collegi delle Ostetriche sono trasformati in Ordini professionali delle Ostetriche e delle Professioni sanitarie della Riabilitazione.
4. I Collegi dei Tecnici sanitari di radiologia medica sono trasformati in Ordini professionali dei tecnici sanitari di radiologia medica, dei tecnici sanitari delle Professioni Tecnico - sanitarie e dei tecnici sanitari della Prevenzione
5. Gli Ordini professionali sono enti pubblici non economici, con autonomia patrimoniale, finanziaria, statutaria e regolamentare e si articolano in Ordini territoriali e Federazioni nazionali degli Ordini territoriali. Gli statuti relativi alla loro organizzazione, adottati nel rispetto delle disposizioni del presente decreto, sono predisposti ai sensi dell'art. 6 e sono approvati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione.
6. Il Ministero della salute esercita la funzione di vigilanza sulle Federazioni nazionali, sugli Ordini e sulle professioni sanitarie di cui al presente decreto.

Art. 2

(Istituzione degli Albi)

1. Presso gli Ordini delle professioni infermieristiche di cui al comma 2 dell'art. 1 sono istituiti i seguenti Albi:
 - Albo della professione sanitaria di Infermiere;
 - Albo della professione sanitaria di Infermiere pediatrico.
2. Presso gli Ordini delle ostetriche e delle professioni sanitarie della riabilitazione di cui al comma 3 dell'art. 1 sono istituiti i seguenti Albi:
 - Albo della professione sanitaria di Ostetrica/o;
 - Albo della professione sanitaria di Fisioterapista;
 - Albo della professione sanitaria di Logopedista;
 - Albo della professione sanitaria di Podologo;
 - Albo della professione sanitaria di Ortottista e assistente di oftalmologia;
 - Albo della professione sanitaria di Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico della riabilitazione psichiatrica;
 - Albo della professione sanitaria di Terapista occupazionale;
 - Albo della professione sanitaria di Educatore professionale.
3. Presso gli Ordini professionali dei tecnici sanitari di radiologia medica, dei tecnici sanitari delle professioni tecnico - sanitarie e dei tecnici sanitari della Prevenzione di cui al comma 4 dell'art. 1 sono istituiti i seguenti Albi:
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico sanitario di radiologia medica;
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico sanitario di laboratorio biomedico;
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico audiometrista;
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico audioprotesista;
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico ortopedico;
 - Albo della professione sanitaria di Dietista;
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico di neurofisiopatologia;
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare;
 - Albo della professione sanitaria di Igienista dentale;
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro;
 - Albo della professione sanitaria di Assistente sanitario.

Art. 3

(Dislocazione territoriale e organi degli Ordini)

1. Gli Ordini di cui al presente decreto sono di norma, istituiti in ogni Provincia. Qualora il numero degli iscritti all'Ordine non superi le 900 unità, l'Ordine è costituito a livello interprovinciale, regionale o interregionale.

2. Sono organi degli Ordini:

a) il Consiglio direttivo;

b) il Presidente, cui spetta la rappresentanza legale dell'Ente;

c) l'Assemblea degli iscritti;

d) la Commissione d'Albo;

e) il Collegio dei revisori dei conti, costituito ai sensi del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88, e successive modificazioni.

3. Nel consiglio direttivo deve essere assicurata la presenza di un rappresentante di ciascun albo.

4. Il Consiglio direttivo può essere sciolto, previa diffida, qualora non sia in grado di funzionare regolarmente, con decreto del Ministro della salute su proposta della relativa Federazione nazionale, che delibera con la maggioranza dei due terzi dei componenti.

5. Con il decreto di scioglimento del Consiglio direttivo è nominata una commissione straordinaria di tre membri iscritti all'Ordine, alla quale competono le attribuzioni del Consiglio direttivo.

Entro tre mesi dallo scioglimento si procede a nuove elezioni.

Art. 4

(Commissione disciplinare)

1. Presso l'Ordine del capoluogo di regione è istituita, per ciascun Albo, una Commissione competente a giudicare sui procedimenti disciplinari nei confronti degli iscritti.

2. Per gli iscritti all'Albo si applicano le disposizioni del codice deontologico approvato dalle Federazioni nazionali. E' fatto obbligo ai datori di lavoro pubblici e privati e agli Ordini di dare reciproca informazione relativamente ai procedimenti disciplinari in atto al fine di adempiere ai rispettivi obblighi.

3. Gli oneri relativi al funzionamento della Commissione sono a carico degli iscritti agli Ordini della regione presso cui operano.

Art. 5

(Organi delle Federazioni nazionali)

1. Gli Ordini di cui al presente decreto sono riuniti in Federazioni nazionali con sede in Roma.

2. Sono organi delle Federazioni nazionali:

a) il Consiglio nazionale;

b) il Presidente;

c) il Comitato centrale;

d) la Commissione d'albo;

e) il Collegio dei Revisori dei conti, costituito ai sensi del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88, e successive modificazioni.

3. Il Comitato centrale può essere sciolto, previa diffida, qualora non sia in grado di funzionare regolarmente. Lo scioglimento è disposto con decreto del Ministro della salute. Con il medesimo decreto è nominata una Commissione straordinaria di tre membri iscritti in un Ordine territoriale. Alla Commissione competono tutte le attribuzioni del Comitato disciolto. Entro tre mesi dallo scioglimento si procede a nuove elezioni.

Art. 6

(Statuti)

1. Gli statuti degli Ordini e delle Federazioni si attengono ai seguenti principi e criteri:

a) democraticità nelle procedure di elezione degli organi

b) non discriminazione per motivi religiosi, sessuali, razziali, politici o relativi ad altra condizione personale o sociale;

c) individuazione di meccanismi che garantiscano la partecipazione effettiva alla vita dell'Ordine delle professioni meno rappresentate nel Consiglio direttivo;

d) garanzia di pari opportunità per l'accesso alle cariche elettive;

- e) trasparenza delle azioni intraprese, sia d'ufficio sia ad impulso di parte, verso gli iscritti e verso i terzi;
 - f) leale collaborazione con lo Stato e gli altri Enti pubblici;
 - g) separazione della funzione di indirizzo politico dalla gestione amministrativa nei casi in cui la pianta organica dell'Ordine preveda una funzione di livello dirigenziale;
 - h) attribuzione dei compiti degli organi, modalità di organizzazione e funzionamento dei medesimi;
 - l) criteri per la determinazione della misura e delle modalità di riscossione dei contributi dovuti dagli appartenenti agli Ordini;
 - m) criteri per la determinazione della pianta organica degli Ordini e delle federazioni;
 - n) modalità inerenti alla gestione amministrativa e contabile degli Ordini e delle Federazioni.
2. Gli statuti fissano altresì le misure annuali della contribuzione da parte degli Ordini al fine di assicurare il funzionamento delle Federazioni.

Capo II – Degli Albi professionali

Art. 7

(Requisiti per l'iscrizione all'Albo)

1. Per l'iscrizione agli Albi di cui al presente decreto è necessario il possesso dei seguenti requisiti:
 - a) cittadinanza italiana o di altro Paese dell'Unione Europea, salvo quanto previsto dal successivo comma 7;
 - b) godimento dei diritti civili;
 - c) buona condotta;
 - d) possesso di uno dei titoli di cui ai commi 2, 3, 4, 5, 6 e 7, salvo quanto disposto dall'articolo 8;
 - e) residenza anagrafica o domicilio professionale nella circoscrizione dell'Ordine. Per i soggetti di cui al comma 7 è sufficiente il contratto o permesso di soggiorno rilasciato dalle competenti autorità presenti nella circoscrizione dell'Ordine.
2. Possono iscriversi agli Albi dell'Ordine di cui al comma 2 dell'art. 1 gli Infermieri di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 739, e gli Infermieri pediatrici di cui al D.M. 17 gennaio 1997, n. 70, in possesso del diploma di laurea abilitante.
3. Possono iscriversi agli Albi dell'Ordine di cui al comma 3 dell'art. 1 le Ostetriche di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 740, i Fisioterapisti di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 741, i Logopedisti di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 742, gli Ortottisti- assistenti di oftalmologia di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 743, i Podologi di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 666, i Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva di cui al D.M. 17 gennaio 1997, n. 56, i Tecnici della riabilitazione psichiatrica di cui al D.M. 29 marzo 2001, n. 182, i Terapisti occupazionali di cui al D.M. 17.01.1997, n. 136, gli Educatori professionali di cui al D.M. 08.10.1998, n. 520, in possesso del diploma di laurea abilitante.
4. Possono iscriversi agli Albi dell'Ordine di cui al comma 3 dell'art. 1 i Tecnici sanitari di radiologia medica, di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 746, i Tecnici sanitari di laboratorio biomedico di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 745, i Tecnici audiometristi di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 667, i Tecnici di neurofisiopatologia di cui al D.M. 15 marzo 1995, n. 183, i Tecnici ortopedici di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 665, i Tecnici audioprotesisti di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 668, i Tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare di cui al D.M. 27 luglio 1998, n. 316, gli Igienisti dentali di cui al D.M. 15 marzo 1999, n. 137, i Dietisti di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 744, i Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro di cui al D.M. 17 gennaio 1997, n. 58, gli Assistenti sanitari di cui al D.M. 17 gennaio 1997, n. 69, in possesso del diploma di laurea abilitante.
5. Possono altresì iscriversi agli Albi di cui al presente decreto legislativo i possessori di titoli che, ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42, sono equipollenti o equivalenti a quelli di cui ai commi 2, 3, e 4.
6. I possessori di titoli conseguiti in Paesi dell'Unione Europea, possono iscriversi all'Albo se in possesso, oltre che dei requisiti di cui al comma 1, del riconoscimento pro-

fessionale, nel rispetto della vigente normativa comunitaria in materia di libertà di stabilimento.

7. I cittadini non appartenenti a un Paese dell'Unione europea possono iscriversi all'albo professionale nel rispetto della normativa generale in materia di ingresso e soggiorno dei cittadini di altre nazionalità nel territorio dello Stato italiano, previo riconoscimento del titolo di studio abilitante effettuato dal Ministero della salute.

8. Fatte salve le deroghe previste da leggi speciali, l'iscrizione ai predetti Albi, così come previsto dall'articolo 2 comma 3 della legge 1 febbraio 2006, n. 43, costituisce condizione essenziale e obbligatoria per l'esercizio delle relative professioni sanitarie.

Art. 8

(Professioni sanitarie di nuova istituzione)

1. Nei provvedimenti di individuazione di nuove professioni sanitarie ai sensi dell'art. 5 della legge 1 febbraio 2006, n. 43, deve essere indicato l'Ordine presso cui confluirà la nuova professione.

Capo III – Dell'accorpamento, della separazione e dell'istituzione di Ordini autonomi per specifiche professioni sanitarie

Art. 9

(Accorpamento o separazione degli Ordini)

1. La riorganizzazione a livello territoriale degli Ordini secondo quanto stabilito nel regolamento di cui all'art. 15 è disposta dal Ministro della Salute su proposta dell'assemblea degli iscritti all'Ordine o agli Ordini interessati, che delibera a maggioranza assoluta dei presenti.

Capo IV – Attività Riservate

Art. 10

(Competenza generale)

1. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 1 comma 2 della legge 26 febbraio 1999 n. 42 e della legge 10 agosto 2000 n. 251 ai professionisti sanitari di cui alla legge 1° febbraio 2006, n. 43 è riconosciuto l'esercizio, in via riservata, delle attività di cui agli articoli 11, 12 e 13 del presente decreto, fermo restando le competenze di loro spettanza nell'ambito del profilo di loro appartenenza.

Art. 11

(Professioni degli Ordini delle professioni infermieristiche)

1. E' riservata agli iscritti all'ordine delle professioni infermieristiche, l'assistenza generale infermieristica di carattere preventivo, curativo, palliativo e di riabilitazione funzionalmente correlata alla assistenza medesima.

2. E' riservata agli Infermieri l'assistenza di cui al comma 1 rivolta alla persona.

3. E' riservata di norma agli infermieri pediatrici l'assistenza di cui al comma 1 rivolta al bambino che presenta particolare complessità assistenziale.

Art. 12

(Professioni degli Ordini delle Ostetriche e della Riabilitazione)

1. Nell'ambito dell'Ordine delle Ostetriche e della riabilitazione è riservata agli iscritti all'Albo delle Ostetriche l'assistenza alla donna in relazione al ciclo biologico sessuale e riproduttivo. E' riservato agli iscritti agli albi delle professioni della riabilitazione la valutazione, elaborazione, effettuazione e verifica degli interventi riabilitativi di carattere motorio e neuro motorio, comunicativo, sensoriale, neuropsichiatrico, della psicomotricità ed educativo rivolto alla persona .

2. E' riservato all'ostetrica/o assistere la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, condurre e portare a termine, in autonomia, parti eutocici con propria responsabilità e prestare assistenza primaria al neonato .

3. E' riservata ai fisioterapisti la programmazione degli interventi di prevenzione secondaria, cura e riabilitazione nelle aree della motricità e neuromotricità, delle funzioni corti-

cali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita, anche tramite l'utilizzo di terapie fisiche e l'ausilio di tecnologie .

4. E' riservato ai logopedisti l'individuazione e l'effettuazione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle competenze comunicative, linguistico-cognitive, strumentali e delle funzioni orali proponendo anche il supporto di ausili agli obiettivi di recupero e abilitazione .

5. E' riservato ai podologi il trattamento diretto, dopo esame obiettivo del piede, con metodi incruenti, ortesici ed idromassoterapici, delle callosità, delle unghie ipertrofiche, deformi e incarnite, nonché del piede doloroso.

6. E' riservata agli ortottisti - assistenti di oftalmologia la trattazione dei disturbi motori e sensoriali della visione, nonché la prevenzione e riabilitazione degli handicap visivi ed effettua le tecniche di semeiologia strumentale-oftalmologica.

7. E' riservato ai terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, l'attività di abilitazione e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuro e psicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo.

8. E' riservato ai tecnici della riabilitazione psichiatrica lo svolgimento di interventi riabilitativi ed educativi – comportamentali sui soggetti con disabilità psichica;

9. E' riservato ai terapisti occupazionali lo svolgimento di attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici e psichici, utilizzando attività espressive, manuali-rappresentative e ludiche, finalizzate all'acquisizione o recupero dell'autonomia nello svolgimento delle comuni attività della vita quotidiana e produttiva e dello sviluppo della persona.

10. E' riservato agli educatori professionali l'attuazione di specifici progetti educativi e riabilitativi volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana e la cura del positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà.

Art. 13

(Professioni degli Ordini professionali dei tecnici sanitari di radiologia medica, dei tecnici sanitari delle professioni tecnico - sanitarie e dei tecnici sanitari della prevenzione)

1. Nell'ambito dell'Ordine delle professioni dei tecnici sanitari di radiologia medica, dei tecnici sanitari delle Professioni Tecnico - sanitarie e dei tecnici sanitari della Prevenzione è riservata agli iscritti agli albi delle professioni dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni tecnico sanitarie, la valutazione, l'elaborazione, la progettazione, l'effettuazione e la verifica delle procedure e metodologie necessarie all'appropriato svolgimento dell'attività tecnico assistenziale e tecnico diagnostico. E' riservata agli iscritti agli albi delle professioni dei tecnici sanitari della Prevenzione, la valutazione, l'elaborazione, l'effettuazione delle procedure e metodologie tecniche necessarie all'appropriato svolgimento dell'attività di prevenzione, ricerca, promozione ed educazione sanitaria negli ambienti di vita e di lavoro.

2. E' riservato ai tecnici sanitari di radiologia medica l'esercizio delle attività tecniche delle indagini di diagnostica per immagini e radioterapia, aventi finalità preventive, diagnostiche e terapeutiche, comprese le attività dovute alla digitalizzazione delle immagini.

3. E' riservato ai tecnici sanitari di laboratorio biomedico lo svolgimento delle analisi e ricerche di laboratorio relative ad analisi biomediche.

4. E' riservato ai tecnici audiometristi lo svolgimento di attività di prevenzione, valutazione e riabilitazione delle patologie del sistema uditivo e vestibolare.

5. E' riservato ai tecnici audioprotesisti lo svolgimento delle attività atte alla selezione, fornitura, adattamento e controllo dei presidi protesici per la prevenzione e correzione dei deficit uditivi.

6. E' riservata ai tecnici ortopedici l'attività di valutazione progettazione, costruzione, e adattamento, applicazione fornitura di protesi, ortesi e di ausili sostitutivi, correttivi e di sostegno dell'apparato locomotore, di natura funzionale ed estetica, di tipo meccanico o che utilizzano l'energia esterna o energia mista corporea ed esterna. Effettua altresì i controlli di efficienza funzionale

7. E' riservata ai dietisti la pianificazione del corretto regime alimentare e della nutrizione nelle strutture sanitarie ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari,

8. E' riservato ai tecnici della neurofisiopatologia lo svolgimento delle metodiche diagnostiche specifiche in campo neurologico e neurochirurgico, nell'ambito della diagnosi delle patologie del sistema nervoso.

9. E' riservata ai tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare la conduzione, la manutenzione e il monitoraggio delle apparecchiature relative alle tecniche di circolazione extracorporea ed alle tecniche di emodinamica finalizzate alla diagnostica o vicarianti le funzioni cardiocircolatorie.

10. E' riservato agli igienisti dentali lo svolgimento dei compiti relativi alla prevenzione delle affezioni oro dentali e alla promozione ed educazione alla salute orale.

11. E' riservata ai tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro lo svolgimento di tutte le attività di prevenzione, valutazione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti e delle bevande, di igiene e di sanità pubblica e veterinaria.

12. E' riservata agli assistenti sanitari l'espletamento di attività di prevenzione, di promozione ed di educazione per la salute, rivolte alla persona, alla famiglia e alla collettività, individuando i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero sulla base dei dati epidemiologici e socio-culturali.

Capo V - Della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie

Art. 14

(Estensione della giurisdizione della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie)

1. Ai professionisti di cui al presente Decreto Legislativo si applicano le norme di cui al Capo IV del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse". A tal fine la composizione della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie è integrata, per l'esame degli affari concernenti ciascuna delle professioni di cui all'articolo 1 del presente decreto, da un dirigente dei ruoli sanitari del Ministero della Salute per ciascuna Federazione e da otto componenti, di cui tre supplenti, per ciascuna delle predette professioni. Gli oneri di funzionamento della commissione sono posti a carico delle federazioni nazionali.

2. In prima applicazione del presente decreto e prima delle designazioni delle rispettive Federazioni nazionali, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro della Giustizia, si provvede alla integrazione della composizione della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie. Le associazioni maggiormente rappresentative comunicano al Ministero della salute le designazioni di competenza.

Capo VI – Del regolamento di esecuzione e delle gestioni previdenziali

Art. 15

(Regolamento di esecuzione)

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, il Ministro della salute adotta un regolamento a norma dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, che disciplina:

- a) disposizioni relative alla tenuta degli albi, alle iscrizioni e alle cancellazioni;
- b) le sanzioni ed i procedimenti disciplinari, i ricorsi, la composizione e le modalità di funzionamento della Commissione disciplinare di cui all'articolo 4;
- c) la composizione, nel rispetto di criteri di proporzionalità, le attribuzioni e la durata degli organi collegiali degli Ordini e delle Federazioni, e il regime delle incompatibilità con qualsiasi altra carica esecutiva in partiti, sindacati, enti previdenziali con incarichi di governo anche regionale e locale e con le altre cariche elettive politiche;
- d) le modalità di elezione degli stessi nel rispetto dei criteri di democraticità garantendo che le operazioni di voto si svolgano, nel rispetto della segretezza, anche presso seggi

decentrati istituiti nei luoghi di lavoro, assicurando la tempestiva informativa circa le liste e prevedendo anche la possibilità di utilizzo del voto elettronico qualora ne sia possibile la certificazione;

e) l'organizzazione degli Ordini a livello territoriale;

f) le attività dei singoli albi professionali relativamente agli ambiti di pertinenza;

g) le Commissioni di cui agli articoli 3, comma 2, lettera d), e 5, comma 2, lettera d).

2. Fino all'entrata in vigore del regolamento di cui al comma 1, si applicano, in quanto compatibili, le norme di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n.221 e successive modificazioni.

Art. 16

(Amministrazione temporanea degli Ordini)

1. Fino all'elezione dei Consigli direttivi, restano in carica gli organi dei Collegi degli Infermieri professionali e delle Assistenti sanitarie e delle Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI), dei Collegi delle Ostetriche e dei Collegi dei Tecnici sanitari di radiologia medica, nonché quelli delle relative Federazioni nazionali che assumono la denominazione di consiglio direttivo dell'Ordine professionale .

2. Per lo svolgimento delle operazioni relative all'istituzione degli Ordini professionali di cui al presente decreto, e all'iscrizione dei professionisti presso i rispettivi albi, gli organi di cui al comma 1 sono affiancati da due rappresentanti designati, per ciascuna professione afferente all'ordine, dalle Associazioni maggiormente rappresentative, ai sensi del DM del 19 giugno 2006 anche ai fini di vigilanza sulle attività di ordinaria amministrazione.

3. Per il reperimento dei fondi necessari, gli Organi di cui ai commi 1 e 2 fissano l'entità del contributo a carico degli iscritti.

4. L'elezione del Consiglio direttivo è indetta entro due mesi dalla data di entrata in vigore del regolamento di esecuzione di cui all'articolo 15 del presente decreto.

Art.17

(Gestioni previdenziali)

1. Per gli appartenenti agli Ordini delle professioni di cui al presente decreto sono confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalla normativa vigente.

Capo VII- Disposizioni transitorie e finali

Art.18

(Norme di rinvio)

1. Per quanto non espressamente previsto dal presente decreto, si applicano, in quanto compatibili, le norme di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233.

Art. 19

(Disposizioni finanziarie e clausola di salvaguardia)

1. Le spese di conversione e di funzionamento dei nuovi Ordini professionali e dei relativi Albi di cui agli articoli 1 e 2 del presente decreto sono a totale carico degli iscritti.

2. Le spese di istituzione e funzionamento delle Federazioni sono a carico dei rispettivi Ordini

3. Dall'attuazione del presente decreto non possono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

On. le Livia Turco

Allegato 3

Atto conferenza Stato-Regioni 15 Novembre 2007

Istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica

(Repertorio Atti n. 242/CSR del 15 Novembre 2007)

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

nella odierna seduta del 15 novembre 2007:

VISTO l'art. 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida alla Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'art. 4 del medesimo decreto, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

VISTA la legge 10 agosto 2000, n. 251, recante "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", che all'articolo 6 comma 2, stabilisce che il Governo, con apposito atto regolamentare, sentita la Conferenza Stato – Regioni, definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine di corsi universitari, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n.29 e successive modificazioni ed integrazioni;

CONSIDERATO che l'art. 41 del C.C.N.L. integrativo del C.C.N.L. area della dirigenza ruoli Sanitario, Professionale, Tecnico ed Amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale, stipulato in data 10 febbraio 2004, ha riaffermato che la predetta disciplina concorsuale per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario è da emanarsi con il regolamento di cui al citato articolo 6 della legge n. 251 del 2000;

VISTA la nota del 12 giugno 2007 con la quale il Ministero della Salute ha proposto schema di accordo in oggetto;

CONSIDERATO che, a seguito della riunione tecnica svoltasi il 5 luglio 2007, il Ministero della salute, con nota del 23 ottobre 2007, ha trasmesso una nuova stesura dello schema di accordo di cui trattasi che tiene conto delle osservazioni formulate dalle Regioni e Province autonome, nonché delle richieste di modifica avanzate dal Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Ministro dell'economia delle finanze;

VISTA la nota in data 7 novembre 2007, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, su tale ultima versione dello schema di Accordo, ha espresso avviso tecnico favorevole in considerazione del fatto che "il DPCM di recepimento dei contenuti dell'Accordo, previsto dall'articolo 6 dello schema, si inserisce, in armonia con la ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni, come strumento concertato e consapevole di garanzia di omogenea attuazione da parte delle regioni e Province autonome dei contenuti dell'Accordo medesimo";

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, sulla proposta di accordo di cui trattasi;

SANCISCE ACCORDO

Tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nei termini di seguito riportati:

Articolo 1:

Requisiti specifici di ammissione.

1. Ai fini dell'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie dell'area infermieristica, tecnica, della riabilitazione, della prevenzione ed ostetrica, di cui alla legge n. 251 del 2000, è necessario essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a) laurea specialistica o magistrale della classe relativa alla specifica area;
- b) cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità, relativa al concorso specifico, prestato in enti del Servizio Sanitario Nazionale nella categoria D o Ds, ovvero in qualifiche corrispondenti di altre pubbliche amministrazioni;
- c) iscrizione ai relativi albi professionali, ove esistenti, attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di scadenza del bando.

Articolo 2:

Commissione esaminatrice.

1. La commissione esaminatrice è nominata dal direttore generale della azienda U.S.L. o dell'azienda ospedaliera ed è composta da:
 - a) presidente:
il direttore sanitario o un dirigente sanitario di struttura complessa individuato dal Direttore Generale;
 - b) componenti:
due dirigenti dell'area delle professioni sanitarie di riferimento, di cui uno sorteggiato nell'ambito del personale in servizio presso le aziende UU.SS.LL. o le aziende ospedaliere situate nel territorio ed uno designato dalla regione;
 - c) segretario:
un funzionario amministrativo della azienda U.S.L. o dell'azienda ospedaliera, almeno di categoria D.

Articolo 3:

Prove d'esame.

1. Le prove di esame sono le seguenti:
 - a) prova scritta:
relazione su argomenti inerenti la funzione da conferire e impostazione di un piano di lavoro o soluzione di una serie di quesiti a risposta sintetica nelle materie inerenti al profilo a concorso;
 - b) prova pratica:
utilizzo di tecniche professionali orientate alla soluzione di casi concreti;
 - c) prova orale:
colloquio nelle materie delle prove scritte, con particolare riferimento alla organizzazione dei servizi sanitari, nonché su altre materie indicate nel bando di concorso.

Articolo 4:

Punteggio:

1. La Commissione dispone, complessivamente, di 100 punti, così ripartiti
 - a) 20 punti per i titoli;
 - b) 80 punti per le prove d'esame.
2. I punti per le prove d'esame sono così ripartiti
 - a) 30 punti per la prova scritta;
 - b) 30 punti per la prova pratica;
 - c) 20 punti per la prova orale.
3. I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:
 - a) titoli di carriera: 10;
 - b) titoli accademici e di studio: 3;
 - c) pubblicazioni e titoli scientifici: 3;
 - d) curriculum formativo e professionale: 4.

4. Titoli di carriera:
- a) servizio di ruolo quale professionista dell'area infermieristica, tecnico-diagnostica e tecnico-assistenziale, riabilitazione, prevenzione ed ostetrica presso le aziende UU.SS.LL. o le aziende ospedaliere e servizi equipollenti ai sensi degli articoli 22 e 23 del D.P.R. n. 483/1997:
 - 1) nel livello dirigenziale a concorso, punti 1,00 per anno;
 - 2) nella posizione organizzativa, punti 0,75;
 - 3) nella funzione di coordinamento, punti 0,50;
 - 4) nella posizione funzionale inferiore rispetto a quella oggetto di concorso, punti 0,25 per anno;
 - b) servizio di ruolo quale professionista dell'area infermieristica, tecnico-diagnostica e tecnico assistenziale, riabilitazione, prevenzione ed ostetrica presso pubbliche amministrazioni:
 - 1) come dirigente o qualifiche corrispondenti, punti 1,00 per anno;
 - 2) nell'ottavo e nono livello o qualifiche corrispondenti, punti 0,50 per anno;
 - 3) nel settimo livello o qualifiche corrispondenti, punti 0,30 per anno.
5. Titoli accademici di studio e professionali:
- a) specializzazioni o titoli universitari attinenti alla posizione funzionale da conferire punti 1,00 per ognuna;
 - b) master annuale punti 0,50 per ognuna.
6. Per la valutazione delle pubblicazioni e dei titoli scientifici e del curriculum formativo e professionale si applicano i criteri previsti dall'art. 11 del citato D.P.R. n. 483/1997.

Articolo 5:

1. Per le norme generali dello svolgimento dei concorsi nonché per le norme generali relative alla valutazione dei titoli si fa riferimento, per quanto applicabili, agli articoli da 1 a 23 del D.P.R. n. 483/1997.

Articolo 6:

1. Il presente Accordo sarà recepito con successivo Decreto del Presidente del Consiglio.

IL SEGRETARIO
Avv. Giuseppe Busia

IL PRESIDENTE
On. le Prof. Linda Lanzillotta

Allegato 4

Legge 17 ottobre 2007, n. 189

Differimento del termine per l'esercizio della delega di cui all'articolo 4 della legge dell' 1 febbraio 2006 n. 43, recante l'istituzione degli Ordini delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione

(Gazzetta Ufficiale n. 260 dell' 8 novembre 2007)

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga la seguente legge:

Art. 1

1. All'articolo 4, comma 1, della legge 1° febbraio 2006, n. 43, le parole: «sei mesi» sono sostituite dalle seguenti: «ventiquattro mesi».

Avvertenza:

Il testo della nota qui pubblicato e' stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, comma 2, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura della disposizione di legge modificata e della quale restano invariati il valore e l'efficacia.

Si riporta il testo dell'art. 4 della legge 1 febbraio 2006, n. 43 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 17 febbraio 2006, n. 40, come modificato dalla presente legge:

Art. 4 (Delega al Governo per l'istituzione degli ordini ed albi professionali).

1. Il Governo e' delegato ad adottare, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'art. 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

- a) trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b) e ferma restando, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del citato decreto ministeriale 29 marzo 2001 del Ministro della sanità, l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieristiche; area della professione ostetrica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnico-sanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;
- b) aggiornare la definizione delle figure professionali da includere nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come attualmente disciplinata dal decreto ministeriale 29 marzo 2001;
- c) individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione agli albi di cui al presente comma;
- d) definire, per ciascuna delle professioni di cui al presente comma, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;

- e) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie individuate ai sensi della lettera a);
- f) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie di cui al presente comma, nell'ipotesi che il numero degli iscritti al relativo albo superi le ventimila unità, facendo salvo, ai fini dell'esercizio delle attività professionali, il rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli altri albi dell'ordine originario e prevedendo che gli oneri della costituzione siano a totale carico degli iscritti al nuovo ordine;
- g) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale;
- h) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neo costituiti;
- i) prevedere che le spese di costituzione e di funzionamento degli ordini ed albi professionali di cui al presente articolo siano poste a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguate tariffe;
- l) prevedere che, per gli appartenenti agli ordini delle nuove categorie professionali, restino confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalle disposizioni vigenti.

2. Gli schemi dei decreti legislativi predisposti ai sensi del comma 1, previa acquisizione del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia, che sono resi entro quaranta giorni dalla data di trasmissione. Decorso tale termine, i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine previsto per i pareri dei competenti organi parlamentari scada nei trenta giorni che precedono o seguono la scadenza del termine di cui al comma 1, quest'ultimo s'intende automaticamente prorogato di novanta giorni.

Art. 2

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

Data a Roma, addì 17 ottobre 2007

NAPOLITANO

Prodi, Presidente del Consiglio dei Ministri
Turco, Ministro della salute

Visto, il Guardasigilli: Mastella

LAVORI PREPARATORI

Camera dei deputati (atto n. 1609):

Presentato dal Ministro della salute (Turco) il 1 settembre 2006.

Assegnato alla XII^a commissione (Affari sociali), in sede referente, il 24 ottobre 2006 con pareri delle commissioni, I^a, II^a e Questioni regionali.

Esaminato dalla XII^a commissione il 7 e 16 novembre 2006; 6 dicembre 2006.

Esaminato in aula il 12 febbraio 2007 e approvato il 14 giugno 2007.

Senato della Repubblica (atto n. 1645):

Assegnato alla 12^a commissione (Igiene e Sanità), in sede referente, il 19 giugno 2007 con pareri delle commissioni 1^a, 2^a e Questioni regionali.

Esaminato dalla commissione il 17, 18 e 25 luglio 2007.

Esaminato in aula il 18 settembre 2007 e approvato il 26 settembre 2007.

Allegato 5

Legge 1 febbraio 2006, n. 43

Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali
(Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17 febbraio 2006)

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga la seguente legge:

Art. 1

(Definizione)

1. Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione.
2. Resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1.
3. Le norme della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano in quanto compatibili con i rispettivi statuti speciali e le relative norme di attuazione.

Art. 2

(Requisiti)

1. L'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. Tale titolo universitario è definito ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera c), è valido sull'intero territorio nazionale nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni ed è rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Fermo restando il titolo universitario abilitante, il personale del servizio sanitario militare, nonché quello addetto al comparto sanitario del Corpo della guardia di finanza, può svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso, individuate con decreto del Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo. Per il personale addetto al settore sanitario della Polizia di Stato, alle medesime condizioni, il percorso formativo può essere svolto presso le stesse strutture della Polizia di Stato, individuate con decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo.
2. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 1 sono definiti con uno o più decreti del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni. L'esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione. Dall'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico del-

la finanza pubblica. Le università possono procedere alle eventuali modificazioni dell'organizzazione didattica dei corsi di laurea già esistenti, ovvero all'istituzione di nuovi corsi di laurea, nei limiti delle risorse a tal fine disponibili nei rispettivi bilanci.

3. L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.

4. L'aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica.

5. All'articolo 3-*bis*, comma 3, lettera *b*), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: ", ovvero espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale".

6. All'articolo 16-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 2 è aggiunto il seguente:

"2-*bis*. I laureati in medicina e chirurgia e gli altri operatori delle professioni sanitarie, obbligati ai programmi di formazione continua di cui ai commi 1 e 2, sono esonerati da tale attività formativa limitatamente al periodo di espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale".

Art. 3

(Istituzione degli ordini delle professioni sanitarie)

1. In ossequio all'articolo 32 della Costituzione e in conseguenza del riordino normativo delle professioni sanitarie avviato, in attuazione dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle riforme degli ordinamenti didattici adottate dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, al fine di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario a quello garantito negli Stati membri dell'Unione europea, la presente legge regola le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, nel rispetto dei diversi *iter* formativi, anche mediante l'istituzione dei rispettivi ordini ed albi, ai quali devono accedere gli operatori delle professioni sanitarie esistenti, nonché di quelle di nuova configurazione.

Art. 4

(Delega al Governo per l'istituzione degli ordini ed albi professionali)

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera *b*) e ferma restando, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del citato decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieristiche; area della professione ostetrica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnico-sanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;

b) aggiornare la definizione delle figure professionali da includere nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come attualmente disciplinata dal decreto ministeriale 29 marzo 2001;

c) individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione agli albi di cui al presente comma;

d) definire, per ciascuna delle professioni di cui al presente comma, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;

- e) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie individuate ai sensi della lettera a);
 - f) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie di cui al presente comma, nell'ipotesi che il numero degli iscritti al relativo albo superi le ventimila unità, facendo salvo, ai fini dell'esercizio delle attività professionali, il rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli altri albi dell'ordine originario e prevedendo che gli oneri della costituzione siano a totale carico degli iscritti al nuovo ordine;
 - g) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale;
 - h) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neo costituiti;
 - i) prevedere che le spese di costituzione e di funzionamento degli ordini ed albi professionali di cui al presente articolo siano poste a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguate tariffe;
 - l) prevedere che, per gli appartenenti agli ordini delle nuove categorie professionali, restino confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalle disposizioni vigenti.
2. Gli schemi dei decreti legislativi predisposti ai sensi del comma 1, previa acquisizione del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia, che sono resi entro quaranta giorni dalla data di trasmissione. Decorso tale termine, i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine previsto per i pareri dei competenti organi parlamentari scada nei trenta giorni che precedono o seguono la scadenza del termine di cui al comma 1, quest'ultimo s'intende automaticamente prorogato di novanta giorni.

Art. 5

(Individuazione di nuove professioni in ambito sanitario)

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.
2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.
3. L'individuazione è subordinata ad un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio superiore di sanità, di volta in volta nominate dal Ministero della salute, alle quali partecipano esperti designati dal Ministero della salute e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti degli ordini delle professioni di cui all'articolo 1, comma 1, senza oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, la partecipazione alle suddette commissioni non comporta la corresponsione di alcuna indennità o compenso né rimborso spese.
4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.
5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

Art. 6

(Istituzione della funzione di coordinamento)

1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue:

a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;

b) professionisti coordinatori in possesso del *master* di primo livello in *management* o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

c) professionisti specialisti in possesso del *master* di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

2. Per i profili delle professioni sanitarie di cui al comma 1 può essere istituita la funzione di coordinamento, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, l'eventuale conferimento di incarichi di coordinamento ovvero di incarichi direttivi comporta per le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche interessate, ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, l'obbligo contestuale di sopprimere nelle piante organiche di riferimento un numero di posizioni effettivamente occupate ed equivalenti sul piano finanziario.

3. I criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private sono definiti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con apposito accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

a) *master* di primo livello in *management* o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

5. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.

6. Il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali.

7. Le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, nelle aree caratterizzate da una determinata specificità assistenziale, ove istituiscano funzioni di coordinamento ai sensi del comma 2, affidano il coordinamento allo specifico profilo professionale.

Art. 7

(Disposizioni finali)

1. Alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione già riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge

continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge.

2. Con il medesimo procedimento di cui all'articolo 6, comma 3, della presente legge, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa acquisizione del parere degli ordini professionali delle professioni interessate, si può procedere ad integrazioni delle professioni riconosciute ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. La presente legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Data a Roma, addì 1 febbraio 2006.

CIAMPI

Berlusconi, Presidente del Consiglio dei Ministri

Visto, il Guardasigilli: Castelli

Allegato 6

Legge Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40

Disciplina del Servizio Sanitario Regionale

(Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 19 del 7 marzo 2005 – S.S. n. 40)

Estratto

(... omissis ...)

Titolo V ORGANIZZAZIONE

Capo I - Principi organizzativi

Art. 55

(Principi e finalità dell'organizzazione)

1. Le aziende sanitarie, nel rispetto delle norme contenute nella presente legge, provvedono in merito alla specifica determinazione dell'organizzazione mediante lo statuto aziendale.
2. In applicazione dei principi di cui al decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze della amministrazioni pubbliche), come modificato dalla legge 15 luglio 2002, n. 145, le attività di produzione ed erogazione delle prestazioni, sono articolate in strutture organizzative, secondo criteri di omogeneità e di funzionalità; ad ogni struttura organizzativa è preposto un responsabile.
3. L'organizzazione specifica delle aziende sanitarie, al fine di assicurare la realizzazione del percorso assistenziale, deve essere attuata in coerenza ai seguenti criteri:
 - a) analisi dei bisogni socio - sanitari;
 - b) flessibilità delle strutture organizzative e delle procedure;
 - c) responsabilità di budget;
 - d) integrazione ed interazione tra diverse professionalità;
 - e) condivisione delle risorse;
 - f) umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;
 - g) previsione di strumenti organizzativi interaziendali;
 - h) sviluppo della funzione di pianificazione strategica e di controllo direzionale;
 - i) raggiungimento di obiettivi di qualità, di adeguati livelli di qualificazione ed economicità dell'attività;
 - j) valutazione dei risultati raggiunti.
4. Il funzionamento delle aziende ospedaliero-universitarie per le attività disciplinate dai protocolli d'intesa tra la Regione ed università, è attuato in coerenza con il principio di inscindibilità delle attività assistenziali della didattica e della ricerca, ai sensi dell'articolo 13.

Art. 56

(Funzioni gestionali)

1. Le aziende unità sanitarie locali, per il raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 55, organizzano le proprie attività secondo le seguenti funzioni:
 - a) pianificazione strategica;
 - b) controllo direzionale;
 - c) programmazione di zona-distretto;
 - d) programmazione operativa.
2. Le aziende ospedaliero-universitarie articolano le proprie attività secondo le funzioni di cui al comma 1, lettere a), b) e d).
3. La pianificazione strategica è la funzione con la quale la direzione aziendale, avvalendosi dei responsabili delle strutture organizzative competenti, anche attivando appositi gruppi di lavoro, attraverso l'analisi dei bisogni, definisce gli obiettivi generali dell'a-

zienda sanitaria, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse, lo sviluppo dei servizi ospedalieri in rete e l'assetto organizzativo dell'azienda sanitaria; sono atti di pianificazione strategica i piani attuativi, gli atti di bilancio, lo statuto aziendale.

4. La funzione di controllo direzionale è svolta a livello di direzione aziendale dal direttore generale, che si avvale delle strutture organizzative di staff, attraverso la definizione di apposite procedure di controllo del raggiungimento degli obiettivi in termini di servizi erogati e del corretto utilizzo delle risorse umane e materiali.

5. La programmazione di zona-distretto è la funzione con la quale si definiscono le attività a livello di zona-distretto in relazione ai bisogni di salute della popolazione, attraverso la predisposizione di appositi programmi, la negoziazione e il controllo dei budget delle strutture organizzative; sono strumenti della programmazione di zona-distretto i piani integrati di salute e i programmi annuali di attività di cui agli articoli 21, 22 e 23.

6. La funzione di negoziazione e controllo dei budget delle strutture organizzative nelle aziende ospedaliero-universitarie è svolta dalla direzione aziendale.

7. La programmazione operativa è la funzione che ordina l'attività ed è svolta al livello in cui vengono erogate le prestazioni da parte delle strutture organizzative funzionali.

Art. 57

(Direzione aziendale)

1. La direzione aziendale è costituita dal direttore generale nonché dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario ed ha sede presso il centro direzionale dell'azienda sanitaria.

2. Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte della direzione aziendale anche il direttore dei servizi sociali e qualora l'azienda sia articolata in più zone-distretto, i responsabili di cui all'articolo 68.(29) Per le zone-distretto interessate alla sperimentazione della Società della salute di cui all'articolo 65, l'azienda definisce, d'intesa con l'organo di governo di quest'ultima, l'apporto dirigenziale alla direzione aziendale in sostituzione dei responsabili di zona-distretto.

3. Le aziende sanitarie assicurano l'apporto alla direzione aziendale dei direttori dei dipartimenti o delle altre strutture funzionali di massima dimensione aziendale titolari di budget, attraverso l'istituzione di apposito ufficio di direzione; nelle aziende unità sanitarie locali all'ufficio di direzione così costituito possono essere chiamati a partecipare anche i direttori dei presidi ospedalieri.

4. Il coordinamento dei responsabili di budget è sentito dalle direzioni aziendali relativamente agli atti di bilancio ed agli atti di programmazione aziendale.

5. L'ufficio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo dell'azienda sanitaria con modalità disciplinate dallo statuto aziendale; la disciplina prevede la periodicità, almeno mensile, della convocazione dell'organismo da parte del direttore generale, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione dell'ufficio di direzione all'azione di governo e quelle di comunicazione dei provvedimenti di competenza dei membri della direzione aziendale.

6. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo e, per i provvedimenti relativi alle materie di cui all'articolo 33, comma 2, dal parere reso dal direttore dei servizi sociali, nonché per i provvedimenti di cui all'articolo 46, comma 1, dai pareri del consiglio dei sanitari e, per quelli di cui al comma 5, dai pareri dell'ufficio di direzione.

Art. 58

(Funzioni operative)

1. Le funzioni operative delle aziende sanitarie sono quelle indicate dal repertorio allegato al piano sanitario regionale.

2. Le funzioni operative sono attribuite alla competenza delle strutture organizzative professionali per quanto riguarda gli specifici processi professionali e per le relative attività di supporto e sono esercitate all'interno di strutture organizzative funzionali; a questo fine il personale delle strutture organizzative professionali dipende, sotto il profilo tecnico professionale, dal responsabile della unità operativa di appartenenza, sotto il profilo organizzativo dal responsabile della struttura organizzativa funzionale in cui è collocato.

Art. 59

(Direzione di strutture organizzative sanitarie)

1. Gli incarichi di direzione delle strutture organizzative di cui al presente titolo sono conferiti ai dirigenti sanitari, di cui all'articolo 15-quater, commi 1, 2 e 3, del decreto delegato, in regime di rapporto di lavoro esclusivo da mantenere per tutta la durata dell'incarico.
2. Gli incarichi di direzione di struttura, nonché dei programmi di cui all'articolo 5, comma 4, del d.lgs. 517/1999 sono conferiti ai professori e ai ricercatori universitari, di cui allo stesso articolo 5, che svolgano un'attività assistenziale esclusiva per tutta la durata dell'incarico.

Capo II - Articolazione organizzativa professionale

Art. 60

(Strutture organizzative professionali e loro compiti)

1. Le strutture organizzative professionali di cui all'articolo 2, comma 1, lettera u) svolgono, nell'ambito delle direttive del responsabile della struttura organizzativa funzionale di appartenenza, i seguenti compiti:
 - a) concorrono, sotto il profilo tecnico professionale, alla formazione degli atti di programmazione;
 - b) partecipano alle procedure informative, a quelle contabili, di controllo di gestione e di verifica e revisione della qualità delle prestazioni, istituite dall'azienda sanitaria;
 - c) concorrono alla definizione dei programmi aziendali di formazione permanente, di miglioramento continuo della qualità, di educazione sanitaria, di informazione e di relazione con gli assistiti;
 - d) concorrono alla definizione dei programmi aziendali di incentivazione degli operatori e di sviluppo del livello delle dotazioni tecnologiche e strumentali;
 - e) definiscono, nell'ambito di propria competenza, apposite procedure operative e protocolli d'intervento;
 - f) concorrono ai processi gestionali e di integrazione professionale di competenza delle strutture organizzative funzionali.

Art. 61

(Criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali)

1. Le strutture organizzative professionali sono costituite avendo a riferimento livelli ottimali di attività individuati dalle aziende sanitarie nel rispetto delle indicazioni di cui al comma 2.
2. Le strutture organizzative professionali sono costituite avendo a riferimento le funzioni operative di cui all'articolo 58 ed in previsione dei seguenti risultati annualmente verificati:
 - a) miglioramento degli standard qualitativi delle attività svolte;
 - b) tempestività ed adeguatezza di risposta ai problemi operativi e professionali tipici delle funzioni svolte;
 - c) costante aggiornamento professionale e corrispondente miglioramento della capacità operativa.
3. Il piano sanitario regionale individua le soglie operative o i livelli di operatività al di sotto dei quali non è consentita l'attivazione delle strutture organizzative professionali in relazione al raggiungimento dei risultati di cui al comma 2.
4. Per quanto riguarda i servizi ospedalieri in rete la costituzione delle strutture organizzative professionali deve tener conto dei seguenti criteri:
 - a) volumi di attività corrispondenti al mantenimento di livelli qualitativamente validi ed economicamente adeguati, anche in relazione alle norme vigenti in materia di accreditamento;
 - b) obiettivi di funzionamento in rete dei servizi di assistenza ospedaliera definiti a livello di pianificazione regionale, di concertazione di area vasta e di pianificazione aziendale.
5. Il piano sanitario regionale definisce le funzioni operative e le corrispondenti strutture organizzative professionali la cui costituzione presso le aziende sanitarie è vincolata alla

predisposizione di appositi programmi regionali attinenti l'organizzazione ottimale dei servizi a livello di sistema.

6. Il piano sanitario regionale individua altresì i margini di flessibilità nell'utilizzo di tali soglie in relazione a particolari condizioni territoriali, epidemiologiche e demografiche, nonché specifici vincoli e criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali alle quali sono attribuite le funzioni operative.

7. Il piano sanitario regionale individua i criteri per la costituzione delle strutture organizzative dirigenziali delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e dell'assistenza sociale ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) come modificata dal decreto legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito in legge 26 maggio 2004, n. 138.

8. Per le aziende ospedaliero-universitarie, nell'ambito dei protocolli d'intesa per le attività assistenziali stipulati tra la Regione e le università, sono determinati:

- a) i criteri generali di riferimento per l'individuazione del numero delle unità operative ed in particolare per l'applicazione delle soglie operative di cui alla lettera b);
- b) le soglie operative, rappresentate dal numero minimo dei casi necessario a garantire l'adeguata qualificazione delle strutture organizzative professionali;
- c) i criteri di applicazione delle funzioni operative previste dal repertorio di cui all'articolo 58, comma 1, alle aziende ospedaliero-universitarie.

9. Le aziende ospedaliero-universitarie possono costituire in via sperimentale, previa autorizzazione della Giunta regionale, strutture organizzative professionali per funzioni operative non previste nel repertorio di cui all'articolo 58, comma 1; tali strutture sono attribuite alle dirette dipendenze di un dipartimento; a seguito di verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati economici conseguiti nell'arco di un triennio, possono essere mantenute in via definitiva dalle aziende medesime, anche previa trasformazione in unità operativa; la relativa funzione operativa è inserita nel repertorio con le procedure previste per l'aggiornamento del piano sanitario regionale.

Art. 62

(Responsabilità delle strutture organizzative professionali)

1. La responsabilità dell'unità operativa è attribuita dal direttore generale:

- a) ad un dirigente del ruolo sanitario per le unità operative titolari di funzioni operative sanitarie, ai sensi dell'articolo 15-quater del decreto delegato;
- b) ad un dirigente delle professioni sanitarie o sociali di cui alla l. 251/2000 e successive modifiche per le unità operative relative alle corrispondenti aree professionali classificate di livello dirigenziale secondo i criteri stabiliti dal piano sanitario regionale;
- c) ad un collaboratore professionale, esperto delle professioni sanitarie o sociali di cui alla l. 251/2000 e successive modifiche e della professione di assistente sociale per le unità operative diverse da quelle di cui alla lettera b);
- d) ad un dirigente dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, per le unità operative titolari di funzioni operative di carattere tecnico ed amministrativo.

2. Per le unità operative universitarie delle aziende ospedaliero-universitarie, gli incarichi sono conferiti dal direttore generale secondo le modalità di cui all'articolo 5 del d.lgs. 517/1999.

3. Il responsabile delle unità operative è denominato direttore.

4. La responsabilità delle sezioni è attribuita ad un dirigente dal direttore generale su proposta del direttore dell'unità operativa di riferimento.

5. Per la gestione coordinata delle strutture organizzative professionali relative alle funzioni operative di assistenza infermieristica e tecnico-sanitarie, il direttore generale nomina, tra i dirigenti di cui al comma 1, lettera b), su proposta del direttore sanitario, un direttore delle professioni infermieristiche e ostetriche e un direttore delle professioni tecnico-sanitarie della riabilitazione e della prevenzione.

Capo III - Articolazione organizzativa funzionale

Art. 63

(Strutture organizzative funzionali delle aziende sanitarie)

1. Al fine di coordinare ed integrare le funzioni operative, le attività delle aziende sanitarie sono organizzate e dirette attraverso strutture funzionali.
2. Presso il centro direzionale delle aziende sanitarie le strutture organizzative professionali corrispondenti alle funzioni amministrative, tecniche e di supporto alla direzione aziendale sono organizzate nelle seguenti strutture funzionali:
 - a) area funzionale amministrativa;
 - b) area funzionale tecnica;
 - c) staff della direzione aziendale;
 - d) staff della direzione sanitaria.
3. Le strutture organizzative funzionali di produzione ed erogazione delle prestazioni assistenziali sono:
 - a) per le aziende unità sanitarie locali:
 - 1) le unità funzionali per i servizi territoriali di zona-distretto e della prevenzione;
 - 2) le aree funzionali di cui all'articolo 68, comma 2, lettera b);
 - 3) il dipartimento della prevenzione, i suoi settori organizzativi e le relative aree funzionali di zona-distretto;
 - b) per le aziende ospedaliero-universitarie: i dipartimenti del presidio ospedaliero.
4. Per le strutture funzionali di cui al comma 2, lettere a) e b), e al comma 3, lettera a), numero 2), il direttore generale nomina tra i dirigenti dell'azienda sanitaria un responsabile che svolge le seguenti funzioni:
 - a) è responsabile del budget e della programmazione operativa dell'area;
 - b) dirige il personale delle strutture organizzative professionali assegnato direttamente per lo svolgimento delle proprie funzioni.
5. Il responsabile dell'unità funzionale è nominato dal direttore generale e svolge le seguenti funzioni:
 - a) è responsabile del budget derivato dal budget della zona-distretto;
 - b) è responsabile della programmazione operativa della struttura;
 - c) dirige il personale delle strutture organizzative professionali, assegnato direttamente all'unità funzionale per lo svolgimento delle proprie funzioni.
6. Le strutture organizzative funzionali di coordinamento tecnico professionale sono costituite dai dipartimenti, di cui all'articolo 70; per le aziende ospedaliero universitarie, sono quelle definite dai relativi statuti aziendali diverse dai dipartimenti di cui al comma 3, lettera b); per le aziende unità sanitarie locali, la costituzione delle strutture dipartimentali tiene anche conto di quanto disposto all'articolo 68, comma 2, lettera a).

Art. 64
(Zona-distretto)

1. Il territorio delle aziende unità sanitarie locali è suddiviso nelle zone-distretto indicate nell'allegato A alla presente legge, al fine di:
 - a) valutare i bisogni sanitari e sociali della comunità e definire le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento;
 - b) assicurare l'integrazione operativa delle attività sanitarie e sociali svolte a livello territoriale dall'azienda sanitaria e dai comuni, nonché la loro interrelazione con le politiche locali di governo del territorio;
 - c) assicurare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, nonché dai servizi direttamente gestiti dalla azienda unità sanitaria locale;
 - d) sviluppare iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti sulle attività svolte dal servizio sanitario regionale;
 - e) garantire l'accesso alle prestazioni offerte dai presidi distrettuali ed a quelle rese dagli altri presidi aziendali;
 - f) assicurare il coordinamento tra le attività ospedaliere, le attività territoriali e quelle di prevenzione.
2. Nelle aziende unità sanitarie locali il cui territorio è articolato in più zone-distretto, a ciascuna di esse è preposto un responsabile, nominato dal direttore generale; l'incarico può essere conferito a:

- a) un dirigente dipendente dell'azienda con un anzianità di servizio di almeno tre anni;
 - b) soggetti in possesso di diploma di laurea che abbiano maturato esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa di organismi, aziende o enti pubblici o privati;
 - c) un medico di base convenzionato da almeno dieci anni.
3. Il rapporto di lavoro del responsabile della zona-distretto è disciplinato da contratto a tempo determinato stipulato ai sensi dell'articolo 15-septies del decreto delegato. Il conferimento dell'incarico di responsabile di zona-distretto non concorre a determinare il numero massimo di incarichi che possono essere attribuiti ai sensi dello stesso articolo 15-septies.
4. Il responsabile di zona-distretto, sulla base e nei limiti della delega conferita dal direttore generale, provvede a:
- a) coordinare le attività amministrative svolte nella zona-distretto, ivi comprese quelle di cui all'articolo 4, comma 9 del decreto delegato, avvalendosi della apposita struttura amministrativa individuata dal repertorio di cui all'articolo 58, comma 1;
 - b) garantire rapporti permanenti di informazione e collaborazione con l'articolazione zonale della conferenza dei sindaci;
 - c) gestire il budget assegnato alla zona-distretto e negoziare con i responsabili delle strutture organizzative della zona-distretto i budget di rispettiva competenza.
5. Il responsabile di zona-distretto è coadiuvato da un ufficio di coordinamento composto da:
- a) un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta e uno specialista ambulatoriale convenzionato, designati, rispettivamente, dai medici di medicina generale, dagli specialisti pediatri e dagli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nella zona-distretto;
 - b) un farmacista convenzionato, designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche e private operanti nella zona-distretto;
 - c) un rappresentante delle associazioni di volontariato operanti nella zona-distretto;
 - d) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica ed un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, individuati dal direttore generale, su proposta del responsabile di zona-distretto, tra i direttori delle corrispondenti unità operative professionali;
 - e) i coordinatori delle attività di cui all'articolo 66, comma 4.
6. Tra i componenti dell'ufficio di coordinamento di cui al comma 5 il direttore generale, su proposta del responsabile di zona-distretto, individua un coordinatore sanitario ed un coordinatore sociale che coadiuvano il responsabile di zona-distretto nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.
7. Il responsabile di zona-distretto partecipa alla direzione aziendale formulando in quella sede proposte programmatiche generali in merito allo sviluppo dei servizi territoriali di propria competenza ed all'integrazione socio-sanitaria.
8. Nelle aziende unità sanitarie locali monozonali le funzioni di cui al comma 4, lettere a), b) e c) sono assicurate dalla direzione aziendale.

Art. 65

(Modelli sperimentali per la gestione dei servizi sanitari territoriali - Società della salute)

1. Al fine di promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto e l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, fermi restando il rispetto dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e il libero accesso alle cure, gli enti locali e le aziende unità sanitarie locali, sulla base degli indirizzi regionali, possono costituire appositi organismi consortili, denominati Società della salute.
2. Le Società della salute assicurano, anche in deroga alle disposizioni della presente legge, la partecipazione degli enti locali al governo, alla programmazione e, eventualmente, alla gestione dei servizi.
3. Le Società della salute promuovono il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nella individuazione dei bisogni di salute della popolazione e nel processo di programmazione, organizzano le funzioni di direzione della zona-distretto e dei settori interessati degli enti locali, evitando duplicazioni con gli enti asso-

ciati; l'organo di governo delle Società della salute assume le funzioni e le competenze attribuite dalla presente legge alle articolazioni zonali della conferenza dei sindaci.

4. Le aziende unità sanitarie locali, sulla base degli indirizzi regionali, attivano forme innovative di organizzazione dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto che prevedano, nell'ambito dell'assistenza sanitaria di comunità, l'attivazione di unità di cure primarie; tali modelli sperimentali, finalizzati alla qualificazione ed ottimizzazione dei percorsi assistenziali, possono essere attuati anche attraverso gli accordi convenzionali di cui all'articolo 8, comma 1 del decreto delegato.

5. I modelli sperimentali di cui al presente articolo per la gestione dei servizi sanitari territoriali sono sottoposti alla verifica, prevista dagli indirizzi di cui al comma 1, in merito al raggiungimento degli obiettivi relativi all'efficacia ed all'efficienza del modello, dopo due anni dall'avvio della sperimentazione.

Art. 66

(L'organizzazione della zona-distretto)

1. L'erogazione dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto avviene attraverso le unità funzionali, che operano secondo il criterio dell'integrazione degli interventi per dare una risposta globale alle situazioni di bisogno.

2. Lo statuto aziendale disciplina le procedure ed i criteri per la costituzione delle unità funzionali; le unità funzionali attivano il percorso assistenziale negli ambiti di propria competenza ed assicurano la continuità fra le diverse fasi del percorso e l'integrazione con le altre strutture organizzative coinvolte.

3. Il responsabile dell'unità funzionale svolge le seguenti funzioni:

- a) negozia il budget con il responsabile di zona-distretto ed è responsabile dello stesso;
- b) è responsabile della programmazione operativa della struttura organizzativa di propria competenza;
- c) dirige il personale delle strutture organizzative professionali assegnato direttamente all'unità funzionale per lo svolgimento delle proprie funzioni.

4. In ogni zona-distretto è assicurato il coordinamento delle unità funzionali che operano nei seguenti settori di attività:

- a) attività sanitarie di comunità;
- b) salute mentale;
- c) assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti;
- d) assistenza sociale.

Art. 67

(Dipartimento della prevenzione)

1. In ciascuna azienda unità sanitaria locale il dipartimento della prevenzione è la struttura preposta alla tutela della salute collettiva; il dipartimento, mediante azioni volte ad individuare e rimuovere i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro, persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità della vita, nonché di tutela medico legale dei portatori di menomazioni.

2. Ciascuna azienda unità sanitaria locale definisce con atto regolamentare l'articolazione organizzativa funzionale del dipartimento in settori, aree funzionali di zona ed unità funzionali; i settori sono strutture organizzative funzionali del dipartimento della prevenzione di dimensione aziendale che aggregano le unità funzionali del dipartimento; a ciascuno dei settori è preposto un responsabile nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, sentito il direttore del dipartimento; al responsabile è attribuita la responsabilità di una unità funzionale.

3. Il dipartimento della prevenzione si articola nelle seguenti attività:

- a) igiene pubblica, alimenti e nutrizione;
- b) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- c) sanità pubblica veterinaria;
- d) medicina legale e dello sport;

ogni azienda unità sanitaria locale può costituire i settori sulla base delle attività di cui alle lettere a),b),c) e d).

4. Le unità funzionali sono strutture organizzative funzionali a carattere multiprofessionale che aggregano le funzioni operative della prevenzione individuate, ai sensi dell'articolo 58, dal piano sanitario regionale; a ciascuna delle unità funzionali è preposto un responsabile nominato dal direttore generale su proposta del responsabile del dipartimento, sentito il responsabile del settore di competenza ove costituito; il responsabile di unità funzionale dirige il personale assegnato, propone il programma di lavoro della struttura e ne garantisce l'espletamento, è responsabile dell'utilizzo finale delle risorse.

5. In ciascuna zona-distretto è attivata l'area funzionale della prevenzione che aggrega le unità funzionali zonali e le attività svolte in zona da quelle aziendali; il responsabile dell'area funzionale partecipa al comitato direttivo di cui al comma 8, garantisce la programmazione e la gestione coordinata delle attività intersettoriali attraverso l'utilizzo integrato delle risorse e degli spazi comuni; è nominato dal direttore generale su proposta del direttore del dipartimento tra i responsabili delle unità funzionali zonali, mantiene la responsabilità della propria unità funzionale.

6. Il direttore del dipartimento della prevenzione è nominato dal direttore generale su proposta del direttore sanitario; l'incarico può essere conferito in via esclusiva. Il direttore del dipartimento negozia con la direzione aziendale il budget complessivo del dipartimento della prevenzione e propone l'attribuzione del medesimo ai settori ove costituiti, coadiuva la direzione aziendale nella programmazione delle attività per quanto di propria competenza, svolgendo in particolare i seguenti compiti:

a) promuove lo sviluppo di progetti di collaborazione in ambito regionale con i dipartimenti delle altre aziende, con la finalità di creare una rete regionale delle attività di prevenzione;

b) promuove la definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori e quelli di comunicazione istituzionale;

c) concorre per quanto di competenza alla definizione in sede aziendale dei programmi di educazione alla salute;

d) individua strumenti specifici per il controllo di gestione e per la verifica della qualità delle prestazioni in coerenza con quelli generali definiti dalla direzione aziendale;

e) coordina le attività al fine di assicurare che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio dell'azienda;

f) assicura, in stretto raccordo con i settori costituiti, l'attuazione uniforme sul territorio aziendale degli indirizzi contenuti nella programmazione regionale;

g) garantisce forme coordinate di raccordo con le strutture territoriali dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (ARPAT) e con le strutture territoriali dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana.

7. Il responsabile di settore partecipa al comitato direttivo di cui al comma 8, coadiuvando, per quanto di propria competenza, il direttore di dipartimento nell'esercizio delle sue funzioni, assicura l'attuazione degli indirizzi della programmazione sanitaria regionale per l'ambito di competenza, è responsabile dell'applicazione delle prescrizioni normative di livello regionale, nazionale e internazionale; assicura

altresì l'omogeneità sul territorio aziendale dell'operatività delle unità funzionali di propria competenza, attraverso la predisposizione di appositi protocolli operativi e l'attribuzione dei budget alle unità funzionali.

8. Presso il centro direzionale è costituito un comitato direttivo del dipartimento che assiste la direzione aziendale nella funzione di pianificazione strategica; il comitato direttivo è presieduto dal direttore del dipartimento ed è costituito dai responsabili dei settori costituiti, dai responsabili delle aree funzionali di zona-distretto; nel caso di aziende unità sanitarie locali monozonali, il comitato direttivo è composto dai responsabili dei settori o, se non costituiti, dai responsabili delle unità funzionali; allo scopo di garantire il contributo delle varie professionalità presenti nel dipartimento il direttore generale, su proposta del direttore del dipartimento, individua ulteriori componenti del comitato direttivo di dipartimento.

9. Ai fini di favorire lo sviluppo a rete dei servizi di prevenzione collettiva e di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, è istituito presso la competente direzione generale della Giunta regionale un comitato tecnico nominato *dal direttore generale della medesima direzione* (9) e presieduto dal responsabile della competente struttura della direzione generale regionale; al comitato tecnico partecipano i direttori dei dipartimenti

della prevenzione delle aziende unità sanitarie locali ed i responsabili dei pertinenti settori della direzione generale regionale.

10. Il direttore generale, anche avvalendosi del comitato di dipartimento, promuove la partecipazione ed il confronto con le parti sociali sugli atti di programmazione e di valutazione dell'attività del dipartimento, con particolare riferimento alla prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Art. 68

(Presidio ospedaliero di zona)

1. Gli ospedali presenti nello stesso ambito zonale sono accorpati nel presidio ospedaliero di zona, che costituisce la struttura funzionale dell'azienda unità sanitaria locale finalizzata all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni specialistiche di ricovero e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, intra ed extra ospedaliere erogate al di fuori delle unità funzionali dei servizi territoriali di zona-distretto ad esclusione del servizio psichiatrico di diagnosi e cura; il responsabile della zona-distretto garantisce l'integrazione delle attività specialistiche ambulatoriali erogate nel presidio ospedaliero con le altre attività di assistenza sanitaria territoriale presenti nella zona.

2. Entro tre anni dall'entrata in vigore della presente legge e sulla base di specifici indirizzi della Giunta regionale, le aziende unità sanitarie locali procedono, anche attraverso l'adeguamento dello statuto aziendale, alla riorganizzazione del presidio ospedaliero di zona sulla base dei seguenti principi:

a) mantenimento a livello aziendale dell'organizzazione funzionale secondo settori specialistici omogenei, garantendo alla direzione aziendale i necessari livelli di coordinamento dipartimentale e di assistenza;

b) strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica;

c) individuazione per ciascuna area ospedaliera di cui alla lettera b) di distinte responsabilità gestionali sul versante clinico-assistenziale ed infermieristico e di supporto ospedaliero;

d) predisposizione ed attivazione di protocolli assistenziali e di cura che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica del medico curante e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali;

e) previsione di un direttore e di apposita struttura di direzione del presidio ospedaliero di zona e delle connesse funzioni direzionali e di coordinamento operativo, denominata budget;

f) previsione a livello aziendale di un comitato direttivo dei presidi ospedalieri, a supporto della direzione sanitaria e delle connesse funzioni di pianificazione strategica e di controllo direzionale.

3. Per ciascun presidio ospedaliero di zona, il direttore generale nomina, su proposta del direttore sanitario un dirigente medico in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica

10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale).

4. Il direttore del presidio ospedaliero di zona, opera per il raggiungimento degli obiettivi aziendali di funzionamento della rete ospedaliera e svolge le funzioni di:

a) direttore sanitario del presidio ospedaliero, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, del decreto delegato, anche avvalendosi di apposite professionalità esistenti nel settore dell'igiene e dell'organizzazione ospedaliera;

b) coordinamento ed indirizzo gestionale delle aree funzionali ospedaliere, anche attraverso l'utilizzo di apposito personale tecnico, sanitario ed amministrativo;

c) controllo e valutazione dell'attività svolta nel presidio anche in termini di accessibilità, di qualità, di appropriatezza, ed in riferimento alla responsabilità di assicurare il percorso assistenziale;

d) controllo dell'ottimizzazione nell'impiego delle risorse nell'ambito della gestione dell'apposito budget di presidio ospedaliero;

e) direzione delle strutture organizzative non attribuite alle aree funzionali.

5. Per l'esercizio delle proprie funzioni, il direttore del presidio ospedaliero di zona si avvale, anche attraverso la costituzione di apposito comitato, dei responsabili delle aree funzionali ospedaliere, ove costituite, e dei direttori delle unità operative non attribuite a specifiche aree funzionali nonché di coordinatori delle attività infermieristiche e delle attività tecnico sanitarie, scelti tra i responsabili delle corrispondenti unità operative professionali.

6. La riorganizzazione dell'attività ospedaliera di cui al comma 2 può prevedere, in coerenza con gli atti costitutivi e sulla base degli atti di programmazione locali, l'aggregazione in rete dei presidi ospedalieri di zona, attraverso l'unificazione delle responsabilità e delle strutture direzionali di cui al comma 2, lettera e) e la costituzione di apposita struttura ospedaliera multizonale o aziendale, ferma restando l'erogazione delle prestazioni di base in ambito zonale.

Art. 69

(Dipartimenti delle aziende ospedaliero-universitarie)

1. Ogni azienda ospedaliero-universitaria definisce con lo statuto aziendale l'organizzazione dipartimentale di cui all'articolo 3 del d.lgs. 517/1999.

2. Per ciascuna struttura semplice o complessa il direttore generale nomina un responsabile, e per ciascun dipartimento nomina un direttore; alle nomine dei responsabili di struttura e dei direttori di dipartimento il direttore generale procede secondo le disposizioni del decreto delegato e dell'articolo 5 del d.lgs. 517/1999.

3. I direttori dei dipartimenti partecipano nelle forme e con le modalità stabilite dallo statuto dell'azienda ospedaliero-universitaria ai processi decisionali della direzione aziendale ed hanno competenza in merito a:

a) la gestione delle risorse attribuite, garantendo l'utilizzo integrato delle stesse nonché la fruizione unitaria degli spazi e delle attrezzature comuni, al fine di migliorare i livelli qualitativi, quantitativi ed economici del sistema;

b) la promozione dell'integrazione tra le attività complementari ai fini dell'erogazione delle prestazioni, anche attraverso lo sviluppo dei gruppi di lavoro orientati a progetti specifici;

c) l'applicazione di metodologie e protocolli comuni per la realizzazione dei compiti affidati.

4. Le strutture organizzative professionali non attribuite ai dipartimenti sono poste in diretto riferimento al direttore sanitario.

Art. 70

(Dipartimenti aziendali ed interaziendali)

1. Le aziende sanitarie, al fine di assicurare l'ottimizzazione delle risorse e la continuità dei percorsi assistenziali, nonché per garantire l'omogeneità delle procedure operative e l'integrazione tra le prestazioni erogate in regimi diversi, costituiscono appositi dipartimenti di coordinamento tecnico sia a livello aziendale che interaziendale; nel caso di dipartimento aziendale, allo stesso è preposto un coordinatore nominato dal direttore generale; il coordinatore, che si può avvalere di un comitato di dipartimento secondo la disciplina contenuta nello statuto aziendale, partecipa ai processi decisionali della direzione aziendale nelle forme e con le modalità stabilite dal medesimo statuto.

2. Nel caso di dipartimenti interaziendali, le modalità di costituzione, coordinamento e funzionamento sono definite dal comitato di area vasta sulla base di indirizzi della Giunta regionale, che tengano conto delle esigenze di una equilibrata presenza delle strutture del territorio e dei dipartimenti aziendali.

3. I direttori generali individuano le strutture organizzative impegnate nelle attività dei dipartimenti di cui al presente articolo.

4. Gli strumenti della programmazione regionale individuano i dipartimenti da costituire obbligatoriamente.

Art. 71
(Dipartimento dell'emergenza urgenza)

1. In ogni azienda unità sanitaria locale è costituito il dipartimento dell'emergenza urgenza.
2. Il dipartimento di cui al comma 1, per il raggiungimento delle proprie finalità, organizza le funzioni, le attività ed i presidi presenti sul territorio dell'azienda, anche sulla base di quanto disposto dagli atti di programmazione sanitaria regionale.
3. Al dipartimento emergenza urgenza è preposto un comitato direttivo, costituito dai responsabili delle aree funzionali ospedaliere delle terapie intensive, dai direttori delle unità operative di medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza, da direttori di unità operativa per ciascuna delle funzioni operative che partecipano alle attività del dipartimento e dal responsabile della centrale operativa "118".
4. Il responsabile del dipartimento emergenza urgenza è nominato, tra i membri del comitato direttivo, dal direttore generale su proposta del direttore sanitario.
5. Le attività del dipartimento emergenza urgenza sono disciplinate con apposito regolamento adottato dal direttore generale.
6. Nelle aziende unità sanitarie locali sul cui territorio insiste una azienda ospedaliera-universitaria, le aziende individuano le modalità di coordinamento delle attività di emergenza e urgenza per le funzioni di base.
7. Il presidio ospedaliero della azienda ospedaliero-universitaria costituisce il riferimento di area vasta per le attività di emergenza urgenza ad essa attribuite, secondo modalità stabilite dagli strumenti di programmazione di area vasta.
8. Nelle aziende sanitarie è attivata apposita struttura organizzativa professionale, corrispondente alla funzione operativa denominata medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, dedicata in forma stabile alle attività del pronto soccorso ospedaliero.

(... omissis ...)

Il Presidente della Regione Toscana
MARTINI

Allegato 7

Allegato Delibera Consiglio Regionale Toscana 16 febbraio 2005, n. 22

Piano Sanitario Regione Toscana 2005-2007

(Bollettino Ufficiale Regione Toscana n. 12 del 23 marzo 2005)

Estratto

(... omissis ...)

La soglia operativa indicata per la costituzione della correlata Struttura organizzativa ha carattere puramente indicativo. L'azienda unità sanitaria locale deve esplicitare eventuali criteri alternativi che determinano un assetto organizzativo diverso da quello definito. Le attività della Struttura organizzativa devono comunque essere integrate, e coerenti con le scelte strategiche definite a livello aziendale.

6) L'organizzazione dipartimentale delle aziende ospedaliere

Ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, le aziende ospedaliere universitarie organizzano la produzione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali attraverso i dipartimenti di cui all'articolo 60 della l.r. 22/2000. I protocolli d'intesa Regione-Università definiscono le linee generali dell'organizzazione dipartimentale delle aziende ospedaliere universitarie ai sensi dell'articolo 3, del d.lgs. 517/1999.

7) I dipartimenti di coordinamento tecnico

Ferma restando l'autonomia organizzativa delle aziende sanitarie, la Giunta regionale entro l'arco di validità del presente Piano individua i settori di attività ove si ritiene opportuna l'attivazione dei dipartimenti di coordinamento tecnico, nonché le modalità di attivazione e funzionamento.

8) La direzione infermieristica e tecnico sanitaria

I Coordinatori infermieristico e tecnico - sanitario di cui all'articolo 53, comma 6, della l.r. 22/2000, sono collocati nello Staff della direzione aziendale.

Per la direzione, organizzazione e valutazione dell'assistenza infermieristica e delle attività tecnico-sanitarie, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale infermieristico e di quello tecnico-sanitario e della riabilitazione, il direttore generale si avvale dei due Coordinatori in oggetto nelle forme e con le modalità definite dall'azienda. I Coordinatori partecipano alle strutture di coordinamento delle attività svolte dall'azienda sanitaria in forma dipartimentale.

Per l'espletamento delle loro funzioni, i due coordinatori si avvalgono dei direttori delle unità operative afferenti ai settori di competenza, dei coordinatori, di cui all'articolo 59, comma 8, ed all'articolo 57, comma 3, della l.r. 22/2000, e dei dirigenti preposti all'attività di formazione e di aggiornamento.

Il regolamento aziendale definisce le modalità organizzative per l'espletamento delle specifiche funzioni di direzione dell'assistenza infermieristica e delle attività tecnico - sanitarie sulla base dei seguenti principi:

- responsabilizzazione degli operatori circa il risultato conseguito;
- autonomia nelle decisioni di natura tecnico professionale di competenza;
- partecipazione alla definizione delle finalità aziendali;
- partecipazione alla definizione del piano formativo aziendale;
- partecipazione allo sviluppo organizzativo e tecnologico delle attività di riferimento.

Afferiscono alla direzione infermieristica le seguenti strutture professionali:

- unità operative di assistenza infermieristica ed assistenza diretta alla persona in ambito ospedaliero;
- unità operative di assistenza infermieristica e assistenza diretta alla persona in ambito territoriale;
- unità operative di assistenza ostetrica.

Afferiscono alla direzione tecnico-sanitaria le seguenti strutture organizzative professionali:

- unità operative di riabilitazione funzionale;
- unità operative di diagnostica professionale di laboratorio;
- unità operative di diagnostica professionale per immagini;
- unità operative tecniche del dipartimento di prevenzione.

Le modificazioni al percorso formativo delle professionalità infermieristiche, di assistenza ostetrica, tecnico sanitarie, tecniche della prevenzione e tecniche della riabilitazione, richiedono una riconsiderazione complessiva del settore. Del resto i processi formativi, che si sono attivati a partire dal 2001, hanno appena iniziato a sviluppare i loro effetti, soprattutto per quanto riguarda le potenziali 239 innovazioni rispetto al ruolo concreto che tali professionalità potranno effettivamente dispiegare nel sistema sanitario.

La legge 251/2000 ed in particolare il DM 2/4/2001 hanno configurato un sistema delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie articolato in 4 classi:

- classe 1 scienze infermieristiche ed ostetriche;
- classe 2 scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione;
- classe 3 scienze delle professioni sanitarie tecniche;
- classe 4 scienze delle professioni sanitarie della prevenzione;

Il modello di formazione ovviamente è destinato ad operare un forte impatto sui sistemi organizzativi sanitari; la difficoltà di delineare oggi la profondità di tali impatti, rende complesso definire un assetto organizzativo e funzionale a regime. In questo senso le indicazioni poste vogliono delineare questo processo di modificazione per segnare la tappa di partenza di un percorso che si articolerà per il prossimo triennio 2005-2007.

Le aziende sanitarie provvedono alla costituzione delle seguenti strutture organizzative, qualificate come dirigenziali, a livello aziendale:

1. Una unità operativa infermieristica;
2. Una unità operativa assistenza ostetrica;
3. Una unità operativa diagnostica di laboratorio;
4. Una unità operativa diagnostica per immagini;
5. Una unità operative delle professioni della riabilitazione;
6. Una unità operativa delle professioni della prevenzione.

Alle suddette strutture organizzative sono attribuite funzioni di integrazione e di omogeneizzazione tra le diverse attività, unità e figure professionali e di supporto al coordinatore delle professioni infermieristiche ed al coordinatore delle professioni tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione previsti dalla normativa regionale vigente.

Il Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario, nomina il coordinatore infermieristico ed il coordinatore tecnico sanitario tra i responsabili delle strutture organizzative dirigenziali di cui ai precedenti capoversi.

Restano confermate le altre unità operative previste dalla successiva tabella. In relazione alla complessità ed al volume dell'attività svolta, nonché al numero delle strutture organizzative professionali previste dallo statuto aziendale, le aziende sanitarie possono costituire ulteriori strutture dirigenziali.

(... omissis ...)

IL CONSIGLIO
REGIONE TOSCANA

Allegato 8

Decreto Ministeriale 9 luglio 2004

Modalità e contenuti prova di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2004/05

(Gazzetta Ufficiale n. 168 del 20 luglio 2004)

IL MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

VISTO il decreto legislativo 30 luglio 1999, n.300;

VISTA la legge 2 agosto 1999, n.264 recante norme in materia di accessi ai corsi universitari ed, in particolare, l'articolo 4, comma 1;

VISTA la legge 8 gennaio 2002, n.1 "Conversione in legge con modificazioni, del decreto-legge 12 novembre 2001, n.402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario"

VISTO il decreto ministeriale 3 novembre 1999, n.509 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli Atenei";

VISTO il D.M. 2 aprile 2001 con il quale sono state determinate le classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 25 luglio 1998, n.286 ed, in particolare, l'articolo 39, comma 5;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n.394 ed, in particolare, l'articolo 46;

VISTA la legge 30 luglio 2002, n.189;

VISTA la legge 5 febbraio 1992, n.104, così come modificata dalla legge 28 gennaio 1999, n.17;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 1957, n. 686;

VISTA la legge 2 agosto 1990, n. 241;

RITENUTA la necessità di definire, per l'anno accademico 2004-2005, le modalità ed i contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie;

DECRETA

Art.1

1. Per l'anno accademico 2004/2005 l'ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie di cui al D.M. 2 aprile 2001, per i quali si dispone che non sia consentita una abbreviazione di corso, avviene previo superamento di apposita prova predisposta da ciascuna università sulla base delle disposizioni di cui al presente decreto.

2. L'ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie di cui al presente decreto, è consentita direttamente, in deroga al superamento della apposita prova, a coloro i quali è stato conferito l'incarico ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, da almeno due anni alla data del presente decreto.

3. La prova di ammissione per l'accesso ai corsi di laurea di cui al comma 1 articolati in uno per ogni classe di laurea specialistica, consiste nella soluzione di ottanta quesiti a risposta multipla, di cui una sola risposta esatta tra le cinque indicate su argomenti di: -teoria/pratica pertinente alle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse ;

-logica e cultura generale;
-regolamentazione dell'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse e legislazione sanitaria;
-cultura scientifico-matematica, statistica e informatica;
-scienze umane e sociali.

4. La prova si svolge presso le sedi universitarie il giorno 6 ottobre 2004. Per lo svolgimento della prova è assegnato un tempo di due ore.

5. Sulla base dei programmi di cui all'allegato, che costituisce parte integrante del presente decreto, vengono predisposti trentadue quesiti per l'argomento di teoria/pratica pertinente all'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse; diciotto quesiti per l'argomento di logica e cultura generale e dieci quesiti per ciascuno dei restanti argomenti.

Art.2

1.Per la valutazione del candidato ciascuna commissione giudicatrice, nominata dai competenti organi accademici, ha a disposizione cento punti dei quali ottanta riservati alla prova scritta e venti ai titoli.

2.Per la valutazione della prova si tiene conto dei seguenti criteri:

a)1 punto per ogni risposta esatta; - 0,2 punti per ogni risposta sbagliata; 0 punti per ogni risposta non data.

3. In caso di parità di voti prevale, in ordine decrescente, il punteggio ottenuto dal candidato nella soluzione rispettivamente dei quesiti relativi ai seguenti argomenti:
teoria/pratica pertinente all'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse; logica e cultura generale; regolamentazione dell'esercizio professionale specifico e legislazione sanitaria; cultura scientifico-matematica, statistica e informatica; scienze umane e sociali.

4. La valutazione dei titoli accademici e professionali, per la classe di laurea specialistica delle scienze infermieristiche e ostetriche avverrà sommando il punteggio di :

I. - uno dei sotto elencati titoli, a scelta del candidato, presentato per l'accesso al corso :
-diploma di laurea triennale abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse punti 7;
-diploma universitario, abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse punti 6;
-titoli abilitanti all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, di cui alla legge n.42/1999 punti 5;

II.- diploma di Scuola diretta a fini speciali in assistenza infermieristica (DAI) di cui al D.P.R. n. 162/82 punti 3

- altri titoli accademici, professionali o formativi: punti 0,50 per ciascun titolo fino ad un massimo di punti 2.

III. - attività professionali nella funzione apicale di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, idoneamente documentate e certificate: punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4.

IV. - attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, idoneamente documentate e certificate: punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4.

5. La valutazione dei titoli accademici e professionali per le classi di laurea specialistica delle scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione, per le classi di laurea specialistica delle scienze delle professioni sanitarie tecniche e per le classi di laurea special-

stica delle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione, avverrà sommando il punteggio di :

I.- uno dei sotto elencati titoli, a scelta del candidato, presentato per l'accesso al corso :
-diploma di laurea triennale abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse punti 7;
-diploma universitario, abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse punti 6;
-titoli abilitanti all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse di cui alla legge n.42/1999 punti 5.

II.- altri titoli accademici, professionali o formativi: punti 0,50 per ciascun titolo fino ad un massimo di punti 5;

III.- attività professionali nella funzione apicale di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse idoneamente documentate e certificate: punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4.

IV.- attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, idoneamente documentate e certificate: punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4.

Art.3

1.I bandi di concorso prevedono disposizioni atte a garantire la trasparenza di tutte le fasi del procedimento e indicano i criteri e le procedure per la nomina delle commissioni preposte agli esami di ammissione e dei responsabili del procedimento ai sensi della legge n.241/1990.

2.I bandi di concorso definiscono inoltre le modalità relative agli adempimenti per il riconoscimento dell'identità dei partecipanti, gli obblighi degli stessi nel corso dello svolgimento della prova, nonché le modalità in ordine all'esercizio della vigilanza sui candidati, tenuto conto di quanto previsto dagli articoli 5, 6 e 8 del D.P.R. 3 maggio 1957, n. 686, ove non diversamente disposto dagli atenei.

Il presente decreto è pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 9 luglio 2004

Il Ministro
(f.to Letizia Moratti)

Allegati:
Programmi prova ammissione

(... omissis ...)

Allegato 9

Codice di Etica Professionale Dietista 9 aprile 2003

(Assemblea soci ANDID – Bagni di Tivoli)

Premessa

Il Dietista è l'operatore sanitario competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente.

Il Dietista deve considerare se stesso al servizio del genere umano. Il suo atteggiamento e il suo agire devono essere guidati dal rispetto per le persone e dal desiderio di promuovere la salute.

Le regole del presente codice sono vincolanti per tutti i dietisti iscritti all'Associazione Nazionale Dietisti. La mancata conoscenza delle norme del presente codice non esime dalla responsabilità disciplinare.

Ogni atto professionale in contrasto con i principi indicati nel codice di etica sarà perseguito con le sanzioni disciplinari previste dalle leggi vigenti.

CAPO I. Responsabilità professionale

1. Il Dietista svolge la sua attività in tutti gli ambiti inerenti la nutrizione di individui e/o gruppi di popolazione in stato di salute o di malattia.
2. Il Dietista evita discriminazioni verso altre persone sulla base della razza, del sesso, del credo, della religione, dell'età e dell'origine.
3. Il Dietista deve attenersi agli atti di competenza del Profilo Professionale (D. M. 14 settembre 1994 n. 744).
4. Il Dietista deve evitare qualsiasi comportamento che possa screditare la professione.
5. Il Dietista ha il dovere valutare il proprio operato nel tempo attraverso l'autoverifica e la riflessione critica sulle proprie esperienze.
6. Il Dietista partecipa alla formazione professionale permanente e alla ricerca. Diffonde i risultati con l'obiettivo del miglioramento continuo della professione.

CAPO II. Responsabilità verso la società

7. Il Dietista deve interessarsi al benessere della popolazione collaborando con istituzioni, società scientifiche o enti pubblici (scuole, comunità per anziani ecc.), industrie del settore alimentare e della ristorazione collettiva, istituti di ricerca, per l'organizzazione e la promozione di progetti di studio e di interventi a carattere divulgativo e/o educativo.
8. Il Dietista verifica costantemente che il suo intervento nutrizionale sia fondato su dati scientificamente validati e aggiornati e/o basato sui "livelli di assunzione raccomandati" per la popolazione.
9. Il Dietista permette l'uso del suo nome o l'indicazione della sua professione per certificare informazioni nutrizionali riferite a prodotti e/o gruppi di prodotti, solo se:
 - ha direttamente supervisionato i requisiti nutrizionali del prodotto
 - la fonte dell'informazione è indicata
 - le affermazioni non contengono opinioni o aspettative, ma solo conoscenza
10. Il Dietista che desidera informare il pubblico ed i colleghi dei propri servizi usa informazioni veritiere e non notizie false e fuorvianti nell'ambito delle normative.
11. Il Dietista può raccomandare prodotti, in tal caso fornisce complete e chiare informazioni con dati circa la fonte dell'informazione.
12. Il Dietista non può avvalersi di cariche politiche o pubbliche o associative per conseguire vantaggi personali.

CAPO III. Responsabilità verso l'utente/cliente

13. Il Dietista fornisce informazioni sufficienti per permettere ai propri assistiti di prendere decisioni competenti. e si accerta che questi comprenda e condivida le scelte assistenziali a lui dirette.

14. Il Dietista, nel caso di situazioni in contrasto con la coscienza personale e i principi etici che regolano la professione, s'impegna a trovare la soluzione operativa più idonea nel rispetto dell'autonomia e della dignità della persona. Solo in caso di conflitti insanabili si può valere dell'obiezione di coscienza.

15. Il Dietista deve mantenere il segreto professionale relativamente allo stato di salute della persona e alla sua vita privata.

16. Il Dietista raccoglie e gestisce i dati rispettando la riservatezza delle informazioni che giungono in suo possesso.

CAPO IV. Responsabilità verso gli altri operatori

17. Il Dietista mette a disposizione degli altri operatori sanitari le proprie competenze e collabora con loro lealmente per la salute dell'utente.

18. Il Dietista rispetta le competenze professionali degli altri operatori sanitari, collabora con loro attivamente adoperandosi a elevare lo standard qualitativo della prestazione.

19. Il Dietista ha il dovere di informarsi, presso gli altri operatori interessati, riguardo il piano assistenziale e terapeutico della persona a lui affidato.

CAPO V. Responsabilità verso i colleghi

20. Il Dietista deve collaborare con i colleghi al fine di condividere informazioni ed esperienze che possono contribuire a migliorare il livello professionale di ciascuno e ad elevare gli standard di pratica professionale.

21. Il Dietista deve mantenere vivo il principio etico della solidarietà collegiale, collaborando perché siano mantenuti la dignità e il rispetto del profilo professionale nella difesa dello spirito di onestà e di integrità della professione.

22. Il Dietista valuta obiettivamente, evitando i pregiudizi, le performance di colleghi, aspiranti colleghi e studenti, nonché le richieste di adesione all'Associazione, l'assegnazione di premi o altri riconoscimenti.

23. Il Codice Professionale deve essere conosciuto e rispettato anche dagli studenti dei corsi di Laurea durante l'effettuazione del tirocinio pratico.

IL PRESIDENTE

Allegato 10

Decreto Ministeriale 2 aprile 2001

Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie

(Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001 – S.O. n. 136)

IL MINISTERO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA

VISTA la legge 9 maggio 1989, n. 168;

VISTO l'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 e successive modificazioni;

VISTO l'articolo 11, commi 1 e 2, della legge 19 novembre 1990, n. 341;

VISTA la legge 19 ottobre 1999, n. 370, e in particolare l'articolo 6, commi 6 e 7;

VISTO il decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, e in particolare gli articoli 3, 4, 5, 6, 7 e 10;

VISTI il decreto ministeriale 23 dicembre 1999 concernente la rideterminazione dei settori scientifico-disciplinari (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 3 del 5 gennaio 2000), e successiva rettifica (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 15 del 20 gennaio 2000), nonché il decreto ministeriale 4 ottobre 2000 concernente la rideterminazione e l'aggiornamento dei settori scientifico-disciplinari e la definizione delle relative declaratorie (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 249 del 24 ottobre 2000);

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la legge 10 agosto 2000, n. 251;

VISTO il decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, 29 marzo 2001 con il quale, in attuazione dell'articolo 6 della predetta legge 251/2000, sono state individuate e classificate le figure professionali sanitarie di cui agli articoli 1, 2, 3, 4 della stessa legge;

VISTO il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229;

VISTO il decreto ministeriale 28 novembre 2000 recante la determinazione delle classi delle lauree specialistiche;

CONSIDERATA l'esigenza di provvedere alla determinazione delle classi dei corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge n. 127/1997 e successive modificazioni, nonché ai sensi del predetto decreto ministeriale n. 509/1999;

VISTO il parere del CUN, reso nell'adunanza dell'8 febbraio 2001;

VISTO il parere del CNSU, reso nell'adunanza del 6 febbraio 2001;

VISTI i pareri della VII Commissione della Camera dei Deputati, reso il 7 marzo 2001, e della VII Commissione del Senato della Repubblica, reso l'8 marzo 2001;

DECRETA

Art. 1

1. Il presente decreto definisce, ai sensi dell'articolo 4 del decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, le classi dei corsi di laurea specialistica di cui agli allegati da 1 a 4.
2. Le università procedono all'istituzione dei corsi di laurea specialistica individuando le classi di appartenenza ai sensi dell'articolo 9 del predetto decreto ministeriale.

3. I regolamenti didattici di ateneo disciplinano gli ordinamenti didattici dei corsi di studio, in conformità alle disposizioni del decreto ministeriale di cui al comma 1 e del presente decreto, a decorrere dalla data di pubblicazione di quest'ultimo nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Art. 2

1. I corsi di laurea specialistica afferenti alle classi di cui al presente decreto sono istituiti e attivati dalle facoltà di Medicina e Chirurgia con il concorso, ove previsto dallo specifico profilo formativo, di altre facoltà. La formazione prevista dai predetti corsi avviene nelle Aziende ospedaliero-universitarie, nelle Aziende ospedaliere, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate a norma del decreto ministeriale 24 settembre 1997 e successive modificazioni. A tal fine sono stipulati appositi protocolli di intesa tra le regioni e le università, a norma dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni.
2. I corsi di laurea specialistica finalizzati alla formazione delle figure nell'ambito dell'educazione professionale (Classe 2/S) e nell'ambito della prevenzione nell'ambiente e dei luoghi di lavoro (Classe 4/S) sono istituiti e attivati dagli atenei con il concorso di più facoltà, tra le quali è comunque ricompresa la facoltà di Medicina e Chirurgia, sulla base di specifiche norme del regolamento didattico di ateneo che ne disciplinano il funzionamento.

Art. 3

1. Le competenti strutture didattiche determinano, con il regolamento didattico del corso di laurea specialistica, l'elenco degli insegnamenti e delle altre attività formative di cui all'articolo 12, comma 2, del decreto ministeriale n. 509/1999 secondo criteri di stretta funzionalità con gli obiettivi formativi specifici del corso.

Art. 4

1. I regolamenti didattici di ateneo stabiliscono il numero di crediti da assegnare agli ambiti disciplinari per i quali il numero stesso non sia specificato nell'allegato.
2. Limitatamente alle attività formative caratterizzanti, qualora negli allegati siano indicati più di tre ambiti disciplinari per ciascuno dei quali non sia stato specificato il numero minimo dei relativi crediti, i regolamenti didattici di ateneo individuano per ciascun corso di laurea specialistica i settori scientifico-disciplinari afferenti ad almeno tre ambiti, funzionali alla specificità del corso stesso, assegnando ai medesimi ambiti un numero adeguato di crediti.
3. I regolamenti didattici possono disporre l'impiego, tra le attività affini o integrative, degli ambiti disciplinari caratterizzanti non utilizzati, assicurando comunque il rispetto dei criteri di cui all'articolo 10, comma 1, lettera c), del decreto ministeriale n. 509/1999.

Art. 5

1. I regolamenti didattici dei corsi di laurea specialistica fissano i requisiti curricolari che devono essere posseduti per l'ammissione a ciascun corso di laurea specialistica, ai sensi degli articoli 6, comma 2; 9, comma 3; 12, comma 2, lettera c), del decreto ministeriale n. 509/1999. Eventuali integrazioni curricolari devono essere realizzate prima della verifica della preparazione individuale di cui al comma 2.
2. Il regolamento didattico di ateneo fissa le modalità di verifica della adeguatezza della personale preparazione ai fini dell'ammissione al corso di laurea specialistica, ai sensi degli articoli 6, comma 2 e 11, comma 7, lettera e), del predetto decreto ministeriale.
3. Gli atenei, per i fini di cui ai commi 1 e 2, verificano il possesso dei requisiti curricolari e l'adeguatezza della personale preparazione del laureato con riferimento anche alle specifiche esperienze professionali, maturate in almeno cinque

anni di attività lavorativa dipendente in strutture sanitarie accreditate, caratterizzate dall'esercizio di funzioni professionali proprie del titolo di laurea conseguito e coerenti con l'obiettivo del corso di laurea specialistica.

Art. 6

1. I crediti formativi universitari dei corsi di laurea specialistica di cui al presente decreto corrispondono a 25 ore di lavoro per studente.

Art. 7

1. Le università rilasciano i titoli di laurea specialistica con la denominazione della classe di appartenenza e del corso di laurea specialistica, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto ministeriale n. 509/1999, assicurando che la denominazione di quest'ultimo corrisponda agli obiettivi formativi specifici del corso stesso.
2. I regolamenti didattici di ateneo e i regolamenti dei corsi di studio non possono prevedere denominazioni dei corsi di studio e dei relativi titoli che facciano riferimento a *curricula*, indirizzi, orientamenti o ad altre articolazioni interne dei medesimi corsi.

Il presente decreto sarà inviato ai competenti organi di controllo e sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 2 aprile 2001

p. IL MINISTRO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA
RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA

IL SOTTOSEGRETARIO DI STATO
(f.to Luciano Guerzoni)

Numerazione e denominazione delle classi delle lauree specialistiche		
N° di classe	Denominazione	Allegato
1/S	<i>Classe delle lauree specialistiche nelle scienze infermieristiche e ostetriche</i>	1
2/S	<i>Classe delle lauree specialistiche nelle scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione</i>	2
3/S	<i>Classe delle lauree specialistiche nelle scienze delle professioni sanitarie tecniche</i>	3
4/S	<i>Classe delle lauree specialistiche nelle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione</i>	4

Allegato 3

(D.M. MURST 2 aprile 2001 "Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie").

Classe 3

CLASSE DELLE LAUREE SPECIALISTICHE NELLE SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE

OBIETTIVI FORMATIVI QUALIFICANTI

I laureati specialisti nella classe possiedono una formazione culturale e professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca in uno degli ambiti pertinenti alle diverse professioni sanitarie ricomprese nella classe (area tecnico-diagnostica: tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia biomedica, tecnico di neurofisiopatologia; area tecnico-assistenziale: tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienista dentale).

I laureati specialisti che hanno acquisito le necessarie conoscenze scientifiche, i valori etici e le competenze professionali pertinenti alle professioni nell'ambito tecnico-sanitario e hanno ulteriormente approfondito lo studio della disciplina e della ricerca specifica, alla fine del percorso formativo sono in grado di esprimere competenze avanzate di tipo assistenziale, educativo e preventivo in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione in età pediatrica, adulta e geriatrica e ai problemi di qualità dei servizi. In base alle conoscenze acquisite, sono in grado di tenere conto, nella programmazione e gestione del personale dell'area sanitaria, sia delle esigenze della collettività, sia dello sviluppo di nuovi metodi di organizzazione del lavoro, sia dell'innovazione tecnologica ed informatica, anche con riferimento alle forme di teleassistenza o di teledidattica, sia della pianificazione ed organizzazione degli interventi pedagogico-formativi nonché dell'omogeneizzazione degli standard operativi a quelli della Unione Europea.

I laureati specialisti sviluppano, anche a seguito dell'esperienza maturata attraverso una adeguata attività professionale, un approccio integrato ai problemi organizzativi e gestionali delle professioni sanitarie, qualificato dalla padronanza delle tecniche e delle procedure del management sanitario, nel rispetto delle loro ed altrui competenze. Le conoscenze metodologiche acquisite consentono loro anche di intervenire nei processi formativi e di ricerca peculiari degli ambiti suddetti.

Le competenze dei laureati specialisti nella classe comprendono:

- applicare le conoscenze di base delle scienze pertinenti alla specifica figura professionale necessarie per assumere decisioni relative all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari erogati da personale con funzioni tecnico-sanitarie dell'area medica all'interno di strutture sanitarie di complessità bassa, media o alta;
- utilizzare le competenze di economia sanitaria e di organizzazione aziendale necessarie per l'organizzazione dei servizi sanitari e per la gestione delle risorse umane e tecnologiche disponibili, valutando il rapporto costi/benefici;
- supervisionare specifici settori dell'organizzazione sanitaria per l'ambito tecnico-sanitario;
- utilizzare i metodi e gli strumenti della ricerca nell'area dell'organizzazione dei servizi sanitari;
- applicare e valutare l'impatto di differenti modelli teorici nell'operatività dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- programmare l'ottimizzazione dei vari tipi di risorse (umane, tecnologiche, informative, finanziarie) di cui dispongono le strutture sanitarie di bassa, media e alta complessità;
- progettare e realizzare interventi formativi per l'aggiornamento e la formazione permanente afferente alle strutture sanitarie di riferimento;

- sviluppare le capacità di insegnamento per la specifica figura professionale nell'ambito delle attività tutoriali e di coordinamento del tirocinio nella formazione di base, complementare e permanente;
- comunicare con chiarezza su problematiche di tipo organizzativo e sanitario con i propri collaboratori e con gli utenti;
- analizzare criticamente gli aspetti etici e deontologici delle professioni dell'area sanitaria, anche in una prospettiva di integrazione multi-professionale.

Le strutture didattiche devono pertanto individuare e costruire, mediante l'opportuna selezione degli ambiti disciplinari delle attività formative caratterizzanti, nonché dei correlati settori scientifico-disciplinari di carattere direttamente professionalizzante, gli specifici percorsi formativi delle professioni sanitarie ricomprese nella classe, riservando all'ambito disciplinare proprio di ciascuna professione sanitaria non meno di 50 CFU.

I laureati specialisti nella classe, in funzione dei suddetti percorsi formativi, devono aver maturato nel corso di laurea esperienze formative caratterizzanti corrispondenti al relativo profilo professionale, così come definito dai decreti del Ministero della sanità. In particolare i laureati:

(... omissis ...)

Area tecnico-assistenziale

(... omissis ...)

nell'ambito professionale della dietistica, secondo quanto previsto dal D.M. del Ministero della sanità 14 settembre 1994, n. 744 e successive modificazioni ed integrazioni, devono essere in grado di operare per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente; di organizzare e coordinare le attività specifiche relative all'alimentazione in generale e alla dietetica in particolare; di collaborare con gli organi preposti alla tutela dell'aspetto igienico sanitario del servizio di alimentazione; di elaborare, formulare ed attuare le diete prescritte dal medico e controllarne l'accettabilità da parte del paziente; di collaborare con altre figure al trattamento multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare; di studiare ed elaborare la composizione di razioni alimentari atte a soddisfare i bisogni nutrizionali di gruppi di popolazione e pianificare l'organizzazione dei servizi di alimentazione di comunità di sani e di malati; di svolgere attività didattico-educativa e di informazione finalizzate alla diffusione di principi di alimentazione corretta, tale da consentire il recupero e il mantenimento di un buono stato di salute del singolo, di collettività e di gruppi di popolazione; di svolgere la loro attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.

I laureati specialisti nella classe acquisiscono, nell'intero percorso formativo proprio delle singole professioni, la capacità di:

- conoscere i principi dell'analisi economica e le nozioni di base dell'economia pubblica e aziendale;
- conoscere in modo approfondito gli elementi essenziali dell'organizzazione aziendale con particolare riferimento all'ambito dei servizi sanitari;
- conoscere i principi del diritto pubblico e del diritto amministrativo applicabili ai rapporti tra le amministrazioni e gli utenti coinvolti nei servizi sanitari;
- conoscere gli elementi essenziali della gestione delle risorse umane, con particolare riferimento alle problematiche in ambito sanitario;
- conoscere le principali tecniche di organizzazione aziendale e i processi di ottimizzazione dell'impiego di risorse umane, informatiche e tecnologiche;
- applicare appropriatamente l'analisi organizzativa e il controllo di gestione e di spesa nelle strutture sanitarie;
- verificare l'applicazione dei risultati delle attività di ricerca in funzione del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;

- effettuare correttamente l'analisi e la contabilità dei costi per la gestione di strutture che erogano servizi sanitari di medio-alta complessità;
- applicare i metodi di analisi costi/efficacia, costi/utilità-benefici e i metodi di controllo di qualità;
- conoscere gli elementi metodologici essenziali dell'epidemiologia;
- rilevare le variazioni di costi nei servizi sanitari in funzione della programmazione integrata e del controllo di gestione;
- utilizzare in modo appropriato gli indicatori di efficacia e di efficienza dei servizi sanitari per specifiche patologie e gruppi di patologie;
- individuare le componenti essenziali dei problemi organizzativi e gestionali del personale tecnico sanitario in strutture di media o alta complessità;
- conoscere le norme per la tutela della salute dei lavoratori (in particolare, di radioprotezione);
- operare nel rispetto delle principali norme legislative che regolano l'organizzazione sanitaria, nonché delle norme deontologiche e di responsabilità professionale;
- conoscere e applicare tecniche adeguate alla comunicazione individuale e di gruppo e alla gestione dei rapporti interpersonali con i pazienti e i loro familiari;
- individuare i fattori di rischio ambientale, valutarne gli effetti sulla salute e predisporre interventi di tutela negli ambienti di lavoro;
- approfondire le conoscenze sul funzionamento di servizi sanitari di altri paesi;
- gestire gruppi di lavoro e applicare strategie appropriate per favorire i processi di integrazione multi professionale ed organizzativa;
- acquisire il metodo per lo studio indipendente e la formazione permanente;
- effettuare una ricerca bibliografica sistematica, anche attraverso banche dati, e i relativi aggiornamenti periodici;
- effettuare criticamente la lettura di articoli scientifici;
- sviluppare la ricerca e l'insegnamento, nonché approfondire le strategie di gestione del personale riguardo alla specifica figura professionale;
- raggiungere un elevato livello di conoscenza sia scritta che parlata di almeno una lingua della Unione Europea;
- acquisire competenze informatiche utili alla gestione dei sistemi informatizzati dei servizi, e ai processi di autoformazione;
- svolgere esperienze di tirocinio guidato presso servizi sanitari e formativi specialistici in Italia o all'estero, con progressiva assunzione di responsabilità e di autonomia professionale.

In particolare, i laureati specialisti nella classe, in funzione dei diversi percorsi formativi e delle pregresse esperienze lavorative, devono raggiungere le seguenti competenze:

Nell'ambito dell' area tecnico-assistenziale

- collaborano con le altre figure professionali e con le amministrazioni preposte per ogni iniziativa finalizzata al miglioramento delle attività professionali del settore sanitario di loro competenza, relativamente ai singoli ed alle collettività, ai sistemi semplici e a quelli complessi di organizzazione dell'assistenza sanitaria diretta;
- progettano, sperimentano e sviluppano procedure per l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera, l'assistenza residenziale, quella domiciliare e quella ambulatoriale;
- progettano, sperimentano e sviluppano modalità di assistenza integrata e utilizzano procedure informatiche o di telecontrollo, per l'assistenza post-ospedaliera al paziente chirurgico, al paziente nefropatico, alla puerpera, al paziente geriatrico, etc, allo scopo di ridurre il disagio per il paziente ed i suoi familiari, mantenendo peraltro elevati standard assistenziali, oltre che per ridurre i costi della degenza ospedaliera;
- progettano e dirigono iniziative nel campo dell'organizzazione e gestione delle residenze sanitarie assistite, raccordandosi con le altre figure professionali;

- sviluppano modalità di organizzazione dell'assistenza al malato terminale ispirate a criteri di umanizzazione e razionalizzazione degli interventi;
- curano l'organizzazione dei servizi di intervento immediato, anche mediante ambulanza;
- pianificano le attività di assistenza diretta in caso di calamità naturali, curando altresì la formazione dei cittadini ai comportamenti da tenersi in queste circostanze;
- curano le relazioni nell'ambiente di lavoro, riducendo e prevenendo il burn-out o la perdita di motivazione professionale;
- curano le relazioni tra le diverse figure professionali sanitarie, e tra queste e le amministrazioni;
- curano e seguono la definizione e l'applicazione del manuale di procedura per il controllo di qualità;
- promuovono interventi di educazione sanitaria a livello scolastico e nei luoghi di lavoro;
- mantengono costanti rapporti internazionali con le rispettive strutture sociosanitarie specie nella Unione Europea, allo scopo di favorire la massima omogeneizzazione dei livelli di intervento.

(... omissis ...)

ATTIVITÀ FORMATIVE INDISPENSABILI				
Attività formative	Ambiti disciplinari	Settori scientifico-disciplinari	CFU	Tot. CFU
Di base	Scienze propedeutiche	FIS/07 - Fisica applicata (a beni culturali, ambientali, biologia e medicina) INF/01 - Informatica ING-INF/07 - Misure elettriche ed elettroniche M-PSI/01 - Psicologia generale MAT/05 - Analisi matematica MED/01 - Statistica medica SPS/07 - Sociologia generale		30
	Scienze biomediche	BIO/09 - Fisiologia BIO/10 - Biochimica BIO/11 - Biologia molecolare BIO/12 - Biochimica clinica e biologia molecolare clinica BIO/13 - Biologia applicata BIO/16 - Anatomia umana BIO/17 - Istologia		
	Scienze giuridiche ed economiche	IUS/01 - Diritto privato IUS/09 - Istituzioni di diritto pubblico SECS-P/02 - Politica economica SECS-P/07 - Economia aziendale		
	Scienze statistiche e demografiche	MAT/06 - Probabilità e statistica matematica MED/01 - Statistica medica SECS-S/04 - Demografia SECS-S/05 - Statistica sociale		
Caratterizzanti	Diagnostica audiometrica	M-PSI/08 - Psicologia clinica MED/31 - Otorinolaringoiatria MED/32 - Audiologia MED/38 - Pediatria generale e specialistica MED/39 - Neuropsichiatria infantile MED/50 - Scienze tecniche mediche e applicate		90
	Diagnostica di laboratorio biomedico	BIO/12 - Biochimica clinica e biologia molecolare clinica BIO/13 - Biologia applicata BIO/17 - Istologia ING-INF/07 - Misure elettriche ed elettroniche MED/03 - Genetica medica		

		MED/05 - Patologia clinica MED/07 - Microbiologia e microbiologia clinica MED/08 - Anatomia patologica MED/46 - Scienze tecniche di medicina e di laboratorio MED/50 - Scienze tecniche mediche e applicate VET/06 - Parassitologia e malattie parassitarie degli animali		
	Diagnostica per immagini e radioterapia	FIS/07 - Fisica applicata (a beni culturali, ambientali, biologia e medicina) ING-INF/07 - Misure elettriche ed elettroniche MED/36 - Diagnostica per immagini e radioterapia MED/37 - Neuroradiologia MED/50 - Scienze tecniche mediche e applicate		
	Diagnostica neurofisiopatologica	FIS/07 - Fisica applicata (a beni culturali, ambientali, biologia e medicina) ING-INF/07 - Misure elettriche ed elettroniche MED/26 - Neurologia MED/33 - Malattie apparato locomotore MED/34 - Medicina fisica e riabilitativa MED/39 - Neuropsichiatria infantile MED/48 - Scienze infermieristiche e tecniche neuro-psichiatriche e riabilitative MED/50 - Scienze tecniche mediche e applicate		
	Scienze e tecniche ortopediche	MED/33 - Malattie apparato locomotore MED/34 - Medicina fisica e riabilitativa MED/36 - Diagnostica per immagini e radioterapia MED/50 - Scienze tecniche mediche e applicate		
	Scienze audioprotesiche	ING-IND/22 - Scienza e tecnologia dei materiali ING-INF/07 - Misure elettriche ed elettroniche MED/31 - Otorinolaringoiatria MED/32 - Audiologia MED/50 - Scienze tecniche mediche e applicate		
	Tecniche della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	ING-IND/22 - Scienza e tecnologia dei materiali ING-IND/34 - Bioingegneria industriale ING-INF/01 - Elettronica MED/11 - Malattie dell'apparato cardiovascolare MED/15 - Malattie del sangue MED/21 - Chirurgia toracica MED/22 - Chirurgia vascolare MED/23 - Chirurgia cardiaca MED/50 - Scienze tecniche mediche e applicate		
	Scienze dell'igiene dentale	MED/07 - Microbiologia e microbiologia clinica MED/28 - Malattie odontostomatologiche MED/29 - Chirurgia maxillofacciale MED/42 - Igiene generale e applicata MED/50 - Scienze tecniche mediche e applicate		
	Scienze della dietetica	AGR/15 - Scienze e tecnologie alimentari		

BIO/12 - Biochimica clinica e biologia molecolare clinica

	<p>CHIM/03 - Chimica generale e inorganica CHIM/06 - Chimica organica CHIM/10 - Chimica degli alimenti M-PSI/08 - Psicologia clinica MED/05 - Patologia clinica MED/11 - Malattie dell'apparato cardiovascolare MED/12 - Gastroenterologia MED/13 - Endocrinologia MED/14 - Nefrologia MED/38 - Pediatria generale e specialistica MED/42 - Igiene generale e applicata MED/49 - Scienze tecniche dietetiche applicate SECS-P/13 - Scienze merceologiche</p>		
Scienza della prevenzione e dei servizi sanitari	<p>BIO/12 - Biochimica clinica e biologia molecolare clinica M-EDF/01 - Metodi e didattiche delle attività motorie MED/09 - Medicina interna MED/36 - Diagnostica per immagini e radioterapia MED/37 - Neuroradiologia MED/42 - Igiene generale e applicata MED/43 - Medicina legale MED/44 - Medicina del lavoro MED/45 - Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche MED/50 - Scienze tecniche mediche e applicate</p>		
Scienze del management sanitario	<p>IUS/07 - Diritto del lavoro IUS/10 - Diritto amministrativo IUS/13 - Diritto internazionale IUS/14 - Diritto dell'unione europea M-PSI/05 - Psicologia sociale M-PSI/06 - Psicologia del lavoro e delle organizzazioni MAT/09 - Ricerca operativa MED/42 - Igiene generale e applicata SECS-P/06 - Economia applicata SECS-P/07 - Economia aziendale SECS-P/08 - Economia e gestione delle imprese SECS-P/09 - Finanza aziendale SECS-P/10 - Organizzazione aziendale SPS/09 - Sociologia dei processi economici e del lavoro</p>		
Scienze umane, psicopedagogiche e statistiche	<p>L-LIN/01 - Glottologia e linguistica M-FIL/02 - Logica e filosofia della scienza M-PED/01 - Pedagogia generale e sociale M-PED/03 - Didattica e pedagogia speciale M-PSI/01 - Psicologia generale M-PSI/03 - Psicometria M-PSI/07 - Psicologia dinamica MED/01 - Statistica medica MED/02 - Storia della medicina SECS-S/04 - Demografia SECS-S/05 - Statistica sociale SPS/07 - Sociologia generale</p>		
Scienze informatiche applicate alla gestione sanitaria	<p>ING-INF/05 - Sistemi di elaborazione delle informazioni ING-INF/06 - Bioingegneria elettronica e informatica M-STO/05 - Storia della scienza e delle tecniche SECS-S/02 - Statistica per la ricerca</p>		

		sperimentale e tecnologica		
Affini o integrative	Scienze biologiche mediche e chirurgiche	BIO/09 – Fisiologia BIO/10 – Biochimica BIO/11 - Biologia molecolare BIO/14 - Farmacologia MED/04 - Patologia generale MED/06 - Oncologia medica MED/10 - Malattie dell'apparato respiratorio MED/18 - Chirurgia generale MED/19 - Chirurgia plastica MED/20 - Chirurgia pediatrica e infantile MED/24 – Urologia MED/25 – Psichiatria MED/27 - Neurochirurgia MED/30 - Malattie apparato visivo MED/41 - Anestesiologia		30
	Dimensioni antropologiche, pedagogiche e psicologiche	M-DEA/01 - Discipline demotnoantropologiche M-FIL/03 - Filosofia morale M-PED/04 - Pedagogia sperimentale M-PSI/04 - Psicologia dello sviluppo e psicologia dell'educazione SPS/08 - Sociologia dei processi culturali e comunicativi		
Attività formative	Tipologie		CFU	Tot. CFU
A scelta dello studente				15
Per la prova finale				18
Altre (art. 10, comma 1, lettera f)				15
TOTALE				198

Allegato 11

Decreto Interministeriale 2 aprile 2001
Determinazione delle classi delle lauree universitarie
delle professioni sanitarie
(Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001 – S.O. n. 136)

**IL MINISTERO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA SCIENTIFICA
E TECNOLOGICA**

di concerto con

IL MINISTERO DELLA SANITÀ

VISTA la legge 9 maggio 1989, n. 168;

VISTO l'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 e successive modificazioni;

VISTO l'articolo 11, commi 1 e 2, della legge 19 novembre 1990, n.341;

VISTA la legge 19 ottobre 1999, n. 370, e in particolare l'articolo 6, commi 6 e 7;

VISTA la legge 2 agosto 1999, n. 264, e in particolare l'articolo 1, comma 1, lettera a);

VISTO il decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, e in particolare gli articoli 3, 4, 5 e 10;

VISTI i decreti ministeriali 23 dicembre 1999 e 26 giugno 2000 concernenti la rideterminazione dei settori scientifico-disciplinari;

VISTO il decreto ministeriale 4 ottobre 2000 concernente la declaratoria dei contenuti dei settori scientifico-disciplinari come rideterminati dai precitati decreti ministeriali;

VISTE le direttive dell'Unione Europea 77/452/CEE, 77/453/CEE, 80/154/CEE, 80/155/CEE, e successive modificazioni, concernenti il reciproco riconoscimento dei diplomi e certificati, nonché il coordinamento delle disposizioni legislative e regolamentari per le attività di infermiere e di ostetrica/o;

VISTO il decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 115 concernente l'attuazione della direttiva 89/48/CEE relativa ad un sistema generale di riconoscimento dei diplomi di istruzione superiore che sanzionano formazioni professionali di una durata minima di tre anni;

VISTO il decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187, concernente il recepimento della direttiva 97/43 Euratom;

VISTO l'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTI i decreti del Ministro della sanità nn. 665, 666, 667, 668, 739, 740, 741, 742, 743, 744 del 14.09.1994, nn. 745, 746 del 26.09.1994, n. 183 del 15.03.1995, nn. 56, 58, 69, 70, 136 del 17.01.1997, n. 316 del 27.07.1998, n. 520 dell'8.10.1998, n. 137 del 15.03.1999 e del 29.03.2001, adottati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del predetto decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni;

VISTA la legge 26 febbraio 1999, n. 42;

VISTA la legge 10 agosto 2000, n. 251;

VISTO il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229;

VISTO il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517;

CONSIDERATA l'esigenza di provvedere alla rideterminazione dei percorsi della formazione universitaria per le professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione nel quadro della disciplina generale degli studi universitari recata dal D.M. n. 509/1999 e dalla richiamata legge n. 251/2000;

VISTO il decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, 29 marzo 2001, con il quale, in attuazione dell'articolo 6 della predetta legge 251/2000, sono state individuate e classificate le figure professionali sanitarie di cui agli articoli 1, 2, 3, 4 della stessa legge;

CONSIDERATA la necessità di assicurare l'omogeneità dell'articolazione delle classi alla ripartizione tra le professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione in conformità alle prescrizioni di cui alla predetta legge 251/2000, e, in particolare, al predetto decreto di cui all'articolo 6;

VISTO il parere del CUN, reso nell'adunanza dell'8 febbraio 2001;

VISTO il parere del CNSU, reso nell'adunanza del 6 febbraio 2001;

VISTO il parere del Consiglio superiore di sanità - Sezione II -, reso nell'adunanza del 5 febbraio 2001;

ACQUISITO il preliminare concerto del Ministro della Sanità con nota del 23 febbraio 2001 (prot. n. 100/199.21/2108);

VISTI i pareri della VII Commissione della Camera dei Deputati, reso il 7 marzo 2001, e della VII Commissione del Senato della Repubblica, reso l'8 marzo 2001;

DECRETA

Art. 1

1. Il presente decreto definisce, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 e successive modificazioni, nonché dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, le classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione, di cui agli allegati da 1 a 4.

2. I corsi di laurea istituiti dalle università, ai sensi del presente provvedimento e con le modalità previste dall'articolo 11, comma 1, della legge n. 341/90, sono finalizzati a formare laureati secondo gli specifici profili professionali di cui ai decreti adottati dal Ministro della sanità ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

3. Le università attribuiscono la denominazione al corso di laurea corrispondente a quella della figura professionale di cui al relativo decreto del Ministro della sanità, adottato ai sensi dell'articolo 6, comma 3 del decreto legislativo n. 502/1992.

4. Le università adeguano gli ordinamenti didattici alle disposizioni del presente decreto, entro 18 mesi dalla data di pubblicazione di quest'ultimo nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

5. Gli obiettivi formativi qualificanti, di cui al presente decreto, e le denominazioni dei titoli finali rilasciati dalle università sono ridefiniti con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità, in conformità con eventuali riformulazioni determinate con i decreti del Ministro della sanità adottati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni.

Art. 2

1. I corsi di laurea afferenti alle classi di cui al presente decreto sono istituiti e attivati dalle facoltà di Medicina e Chirurgia con il concorso, ove previsto dallo specifico profilo formativo, di altre facoltà. La formazione prevista dai predetti corsi avviene nelle Aziende ospedaliere, nelle Aziende ospedaliero-universitarie, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate a norma del decreto ministeriale 24 settembre 1997 e successive modificazioni. A tal fine sono stipulati appositi protocolli di intesa tra le regioni e le università, a norma dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni.

2. I corsi di laurea finalizzati alla formazione del profilo dell'educatore professionale e del tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro sono istituiti e attivati dagli atenei con il concorso di più facoltà, tra le quali è comunque ricompresa la facoltà di

Medicina e Chirurgia, sulla base di specifiche norme del regolamento didattico di ateneo che ne disciplinano il funzionamento.

Art. 3

1. Le competenti strutture didattiche determinano, con il regolamento didattico del corso di laurea, l'elenco degli insegnamenti, da affidare di norma a personale del ruolo sanitario, e delle altre attività formative di cui all'articolo 12, comma 2, del decreto ministeriale n. 509/1999, secondo criteri di stretta funzionalità con le figure professionali e i relativi profili individuati dal Ministro della Sanità ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni.

2. I laureati al termine dei percorsi formativi determinati negli allegati al presente decreto devono acquisire le competenze professionali previste, per ciascuna figura, dai decreti del Ministro della sanità, adottati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992, e successive modificazioni.

Art. 4

1. I regolamenti didattici di ateneo stabiliscono il numero di crediti da assegnare agli ambiti disciplinari per i quali il numero stesso non sia specificato nell'allegato.

2. Limitatamente alle attività formative caratterizzanti, qualora negli allegati siano indicati più di tre ambiti disciplinari per ciascuno dei quali non sia stato specificato il numero minimo dei relativi crediti, i regolamenti didattici di ateneo individuano per ciascun corso di studio i settori scientifico-disciplinari afferenti ad almeno tre ambiti, funzionali alla specificità del corso stesso, assegnando ai medesimi ambiti un numero adeguato di crediti. È comunque riservato all'ambito specifico corrispondente alla figura professionale, cui è finalizzato il corso di laurea, almeno il settanta per cento dei crediti.

3. I regolamenti didattici possono disporre l'impiego, tra le attività affini o integrative, degli ambiti disciplinari caratterizzanti non utilizzati, assicurando comunque il rispetto dei criteri di cui all'articolo 10, comma 1, lettera c), del decreto ministeriale n. 509/1999.

4. In considerazione dell'elevato contenuto pratico delle attività formative e delle direttive comunitarie concernenti le professioni sanitarie di cui al presente decreto, la frazione dell'impegno orario complessivo riservata allo studio personale o ad altre attività formative di tipo individuale non può essere superiore al trenta per cento.

Art. 5

1. I crediti formativi universitari dei corsi di laurea di cui al presente decreto corrispondono a 25 ore di lavoro per studente.

2. In deroga alle disposizioni di cui al comma 1, i crediti formativi universitari dei corsi di laurea per la formazione delle figure professionali dell'infermiere, dell'infermiere pediatrico e dell'ostetrica/o, di cui alle direttive dell'Unione Europea citate in premessa, corrispondono a 30 ore di lavoro per studente.

Art. 6

1. Ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, la prova finale dei corsi di laurea afferenti alle classi di cui al presente decreto ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio professionale.

2. La prova finale:

a) consiste nella redazione di un elaborato e nella dimostrazione di abilità pratiche;

b) è organizzata in due sessioni in periodi definiti a livello nazionale, con decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica di concerto con il Ministro della Sanità;

c) la Commissione per la prova finale è composta da non meno di 7 e non più di 11 membri, nominati dal Rettore su proposta del Consiglio di corso di laurea, e comprende almeno 2 membri designati dal Collegio professionale, ove esistente, ovvero dalle Associazioni professionali individuate con apposito decreto del Ministro della sanità sulla base della rappresentatività a livello nazionale. Le date delle sedute sono comunicate ai Ministeri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e della sanità che possono inviare esperti, come loro rappresentanti, alle singole sessioni. In caso di mancata designazione dei predetti componenti, il Rettore esercita il potere sostitutivo.

Art. 7

1. Le università rilasciano i titoli di laurea con la denominazione del corso e della classe di appartenenza.

Art. 8

1. Le università assicurano la conclusione dei corsi di diploma universitario e il rilascio dei relativi titoli, secondo gli ordinamenti didattici vigenti, agli studenti già iscritti ai corsi alla data del presente decreto e disciplinano altresì la facoltà per i medesimi studenti di optare per l'iscrizione ai corsi di laurea di cui allo stesso decreto. Ai fini dell'opzione le università valutano in termini di crediti formativi universitari le attività formative svolte in conformità agli ordinamenti didattici vigenti

2. Con successivo provvedimento, adottato ai sensi dell'articolo 5 della legge n. 251/2000, saranno definiti i criteri per disciplinare gli accessi ai corsi di laurea, afferenti alle classi di cui al presente decreto, degli esercenti le professioni di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della medesima legge, in possesso dei requisiti ivi previsti.

3. Modifiche alle classi di cui al presente decreto e istituzioni di nuove classi, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992, possono essere disposte con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica di concerto con il Ministro della sanità, in conformità alle disposizioni di cui all'articolo 4, comma 2, del decreto ministeriale n. 509/1999.

Il presente decreto sarà inviato ai competenti organi di controllo e sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 2 aprile 2001

p. IL MINISTRO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA
RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA
IL SOTTOSEGRETARIO DI STATO
(f.to Luciano Guerzoni)

IL MINISTRO DELLA SANITÀ
Umberto Veronesi

Registrato alla Corte dei conti il 9 maggio 2001
Ufficio di controllo preventivo sui Ministeri dei servizi alla persona e dei beni culturali,
registro n. 1, foglio n. 339.

Numerazione e denominazione delle classi delle lauree		
N° di classe	Denominazione	Allegato
1	Classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica	1
2	Classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione	2
3	Classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche	3
4	Classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione	4

Allegato 3

(D.I. MURST 2 aprile 2001 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie").

Classe 3

CLASSE DELLE LAUREE NELLE SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE

OBIETTIVI FORMATIVI QUALIFICANTI

I laureati nella classe sono, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, articolo 3, comma 1, operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale che svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministro della sanità.

I laureati nella classe sono dotati di un'adeguata preparazione nelle discipline di base, tale da consentire loro la migliore comprensione dei più rilevanti elementi che sono alla base dei processi patologici che si sviluppano in età evolutiva, adulta e geriatrica, sui quali si focalizza il loro intervento diagnostico. Devono inoltre saper utilizzare almeno una lingua dell'Unione Europea, oltre l'italiano, nell'ambito specifico di competenza e per lo scambio di informazioni generali.

Le strutture didattiche devono individuare e costruire altrettanti percorsi formativi atti alla realizzazione delle diverse figure di laureati funzionali ai profili professionali individuati dai decreti del Ministero della sanità.

Le strutture didattiche individuano a tal fine, mediante l'opportuna selezione degli ambiti disciplinari delle attività formative caratterizzanti, con particolare riguardo ai settori scientifico-disciplinari professionalizzanti, gli specifici percorsi formativi delle professioni sanitarie ricomprese nella classe.

In particolare, i laureati nella classe, in funzione dei suddetti percorsi formativi, devono raggiungere le competenze professionali di seguito indicate e specificate riguardo ai singoli profili identificati con provvedimenti della competente autorità ministeriale. Il raggiungimento delle competenze professionali si attua attraverso una formazione teorica e pratica che includa anche l'acquisizione di competenze comportamentali e che venga conseguita nel contesto lavorativo specifico di ogni profilo, così da garantire, al termine del percorso formativo, la piena padronanza di tutte le necessarie competenze e la loro immediata spendibilità nell'ambiente di lavoro. Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico, svolta con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente assegnati, coordinata da un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per ciascun profilo professionale e corrispondente alle norme definite a livello europeo ove esistenti.

I laureati della classe, in funzione dei suddetti percorsi formativi, devono raggiungere le competenze previste dagli specifici profili professionali di cui alle aree individuate dal decreto del Ministero della sanità in corso di perfezionamento, citato nelle premesse. In particolare: Area tecnico-diagnostica

(... omissis ...)

Area tecnico-assistenziale

(... omissis ...)

Nell'ambito della professione sanitaria del dietista, i laureati sono operatori sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D.M. del Ministero della sanità 14 settembre

1994, n. 744 e successive modificazioni ed integrazioni; ovvero sono competenti per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente. I laureati in dietistica organizzano e coordinano le attività specifiche relative all'alimentazione in generale e alla dietetica in particolare; collaborano con gli organi preposti alla tutela dell'aspetto igienico sanitario del servizio di alimentazione; elaborano, formulano ed attuano le diete prescritte dal medico e ne controllano l'accettabilità da parte del paziente; collaborano con altre figure al trattamento multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare; studiano ed elaborano la composizione di razioni alimentari atte a soddisfare i bisogni nutrizionali di gruppi di popolazione e pianificano l'organizzazione dei servizi di alimentazione di comunità di sani e di malati; svolgono attività didattico-educativa e di informazione finalizzate alla diffusione di principi di alimentazione corretta, tale da consentire il recupero e il mantenimento di un buono stato di salute del singolo, di collettività e di gruppi di popolazione; svolgono la loro attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.

Negli ordinamenti didattici delle classi di laurea deve essere prevista l'attività didattica in materia di radioprotezione secondo i contenuti di cui all'allegato IV del decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187.

(... omissis ...)

Allegato 12

Legge 10 agosto 2000, n. 251

Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica

(Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000)

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga la seguente legge:

Art. 1

(Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica)

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.

3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

- a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
- b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

Art. 2

(Professioni sanitarie riabilitative)

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.

Art. 3

(Professioni tecnico-sanitarie)

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministro della sanità.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area tecnico-sanitaria, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, al diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.

Art. 4

(Professioni tecniche della prevenzione)

1. Gli operatori delle professioni tecniche della prevenzione svolgono con autonomia tecnico-professionale attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e sanità pubblica e veterinaria. Tali attività devono comunque svolgersi nell'ambito della responsabilità derivante dai profili professionali.

2. I Ministeri della sanità e dell'ambiente, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emanano linee guida per l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie e nelle agenzie regionali per l'ambiente della diretta responsabilità e gestione delle attività di competenza delle professioni tecniche della prevenzione.

Art. 5

(Formazione universitaria)

1. Il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, individua con uno o più decreti i criteri per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari ai quali possono accedere gli esercenti le professioni di cui agli articoli 1,2,3 e 4 della presente legge, in possesso di diploma universitario o di titolo equipollente per legge.

2. Le università nelle quali è attivata la scuola diretta a fini speciali per docenti e dirigenti di assistenza infermieristica sono autorizzate alla progressiva disattivazione della suddetta scuola contestualmente alla attivazione dei corsi universitari di cui al comma 1.

Art. 6

(Definizione delle professioni e dei relativi livelli di inquadramento)

1. Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, acquisiti i pareri del Consiglio superiore di sanità e del comitato di medicina del Consiglio universitario nazionale, include le diverse figure professionali esistenti o che saranno individuate successivamente in una delle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4.

2. Il Governo, con atto regolamentare emanato ai sensi dell'articolo 18, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 19 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari di cui all'articolo 5, comma 1, della presente legge, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. Le regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Art. 7
(Disposizioni transitorie)

1. Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio. Fino alla data del compimento dei corsi universitari di cui all'articolo 5 della presente legge l'incarico, di durata triennale rinnovabile, è regolato da contratti a tempo determinato, da stipulare, nel limite numerico indicato dall'articolo 15-*septies*, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dal direttore generale con un appartenente alle professioni di cui all'articolo 1 della presente legge, attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati. Gli incarichi di cui al presente articolo comportano l'obbligo per l'azienda di sopprimere un numero pari di posti di dirigente sanitario nella dotazione organica definita ai sensi della normativa vigente. Per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche si applicano le disposizioni del comma 4 del citato articolo 15-*septies*. Con specifico atto d'indirizzo del Comitato di settore per il comparto sanità sono emanate le direttive all'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) per la definizione, nell'ambito del contratto collettivo nazionale dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, amministrativo, tecnico e professionale del Servizio sanitario nazionale, del trattamento economico dei dirigenti nominati ai sensi del presente comma nonché delle modalità di conferimento, revoca e verifica dell'incarico.

2. Le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1, per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42, nelle regioni nelle quali sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale.

3. La legge regionale che disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, prevede la partecipazione al medesimo Collegio dei dirigenti aziendali di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo.

Data a Roma, addì 10 Agosto, 2000.

CIAMPI

Amato, Presidente del Consiglio dei Ministri
Bindi, Ministro della sanità

Visto, il Guardasigilli: Fassino

Allegato 13

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229

Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419
(Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 – S.O. n. 132)

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

VISTI gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

VISTI gli articoli 1 e 2 della legge 30 novembre 1998, n. 419;

VISTO l'articolo 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n. 133;

VISTA la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 14 aprile 1999;

SENTITE le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;

VISTO il parere della Conferenza unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

ACQUISITO il parere delle commissioni permanenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 giugno 1999;

SULLA PROPOSTA del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, delle finanze, del lavoro e della previdenza sociale, dell'industria, del commercio e dell'artigianato, dell'ambiente, della ricerca scientifica e tecnologica, per la solidarietà dell'università sociale, per gli affari regionali e per la funzione pubblica;

EMANA IL SEGUENTE DECRETO LEGISLATIVO

Art. 1

(Modificazioni all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

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

Art. 1

(Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività e' garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, e' effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario

nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predispone il piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000:

- a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l'assistenza distrettuale;
- c) l'assistenza ospedaliera.

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;
- b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.

9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

- a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;

- d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovregionale;
- e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;
- f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
- h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:

- a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
- b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;
- c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;
- d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;
- e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

13. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

15. Il Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.

16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.

17. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari *ad acta*.

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f) g), e h), e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460."

Art. 2

(Modificazioni all'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. All'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il comma 2 sono aggiunti i seguenti:

2-bis. La legge regionale istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito. Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

2-ter. Il progetto del Piano sanitario regionale è sottoposto alla Conferenza di cui al comma *2-bis*, ed è approvato previo esame delle osservazioni eventualmente formulate dalla Conferenza. La Conferenza partecipa, altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale, da parte delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, e dei piani attuativi metropolitani.

2-quater. Le regioni, nell'ambito della loro autonomia, definiscono i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 8 giugno 1990, n. 142, nonché l'eventuale costituzione di appositi organismi.

2-quinquies. La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati. Nelle aree metropolitane il piano attuativo metropolitano è elaborato dall'organismo di cui al comma *2-quater*, ove costituito.

2-sexies. La regione disciplina altresì:

- a) l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto previsto dal presente decreto per quanto attiene alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e inter-regionale e alle altre strutture pubbliche e private accreditate;
- b) i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma *1-bis*;
- c) la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, da parte dell'atto di cui all'articolo 3, comma *1-bis*, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione;
- d) il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- e) le modalità di vigilanza e di controllo, da parte della regione medesima, sulle unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci;
- f) l'organizzazione e il funzionamento delle attività di cui all'articolo *19-bis*, comma 3, in raccordo e cooperazione con la Commissione nazionale di cui al medesimo articolo;
- g) fermo restando il generale divieto di indebitamento, la possibilità per le unità sanitarie locali di:

1) anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale;

2) contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;

h) le modalità con cui le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'articolo 2 comma 1, lettera l), della legge 30 novembre 1998, n. 419.

2-septies. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le regioni istituiscono l'elenco delle istituzioni e degli organismi a scopo non lucrativo di cui all'articolo 1, comma 18.

2-octies. Salvo quanto diversamente disposto, quando la regione non adotta i provvedimenti previsti dai commi *2-bis* e *2-quinquies*, il Ministro della sanità, sentite la regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un congruo termine per provvedere; decorso tale termine, il Ministro della sanità, sentito il parere della medesima Agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, propone al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di un commissario *ad acta*. L'intervento adottato dal Governo non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto.

Art. 3

(Modificazioni all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Il comma 1 dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dai seguenti:

"1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale di cui all'articolo 2, comma *2-sexies*. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

1-ter. Le aziende di cui ai commi 1 e *1-bis* informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale di cui al comma *1-bis*.

1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale e il collegio sindacale. 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. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

1-quinquies. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale."

2. Sono abrogati i commi 2; 4; 5, lettere a), b), c), d), e),f); 6, quarto, quinto, settimo, dodicesimo, tredicesimo e quattordicesimo periodo; 7, primo, secondo, terzo, quarto, ottavo, limitatamente alle parole: "e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza" e nono periodo; 8 e 13, primo, secondo, terzo, dodicesimo, tredicesimo, quattordicesimo periodo, dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. Dopo l'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono inseriti i seguenti:

Art. 3-bis

(Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario)

1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.

2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-*octies*.

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, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.

4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati ed attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale ed in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-*ter*, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del presente decreto producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.

5. Le regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono ed assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende

ospedaliera, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis e' integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui e' situata l'azienda.

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario e' esclusivo ed e' regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo e del direttore sanitario e' esclusivo ed e' regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo e' definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

10. La carica di direttore generale e' incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa e' concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa e' utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unita' sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico del l'interessato.

12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria ed alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e' versata dall'unita' sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico del l'interessato.

13. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, si applica il comma 5 del presente articolo.

14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale e' regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e, successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi.

Art. 3-ter
(Collegio sindacale)

1. Il collegio sindacale:
 - a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
 - b) vigila sull'osservanza della legge;
 - c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
 - d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.
2. I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.
3. Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.
4. I riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si intendono applicabili al collegio sindacale di cui al presente articolo.

Art. 3-quater
(Distretto)

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-*sexies*, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.
2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 3-*quinquies*, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. 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 tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.
3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:
 - a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-*quinquies*;
 - b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-*septies* e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
 - c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.
4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione.

Art. 3-quinquies
(Funzioni e risorse del distretto)

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:
 - a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
 - b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
 - c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.
2. Il distretto garantisce:
 - a) assistenza specialistica ambulatoriale;
 - b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
 - c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
 - d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
 - e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
 - f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.
3. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

Art. 3-sexies
(Direttore di distretto)

1. Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.
2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.
3. L'incarico di direttore di distretto e' attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.
4. La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3-*quater*, comma 3, e 3-*quinquies*, comma 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni.

Art. 3-septies
(Integrazione sociosanitaria)

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.
2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:
 - a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
 - b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

5. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e il Ministro per la funzione pubblica, e' individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.

8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3-*quinqüies*, comma 1, lettera c), le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

Art. 3-octies

(Area delle professioni sociosanitarie)

1. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto e' disciplinata l'istituzione all'interno del Servizio sanitario nazionale, dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria e sono individuate le relative discipline della dirigenza sanitaria.

2. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sentito il Ministro per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica e acquisito il parere del Consiglio superiore di sanità, sono integrate le tabelle dei servizi e delle specializzazioni equipollenti previste per l'accesso alla dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale, in relazione all'istituzione dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sono individuati, sulla base di parametri e criteri generali definiti dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, i profili professionali dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria.

4. Le figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare con corsi di diploma universitario, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la solidarietà sociale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; i relativi ordinamenti didattici sono definiti dagli atenei, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, sulla base di criteri generali determinati con decreto del Ministro dell'università e

della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con gli altri Ministri interessati, tenendo conto dell'esigenza di una formazione interdisciplinare adeguata alle competenze delineate nei profili professionali e attuata con la collaborazione di più facoltà universitarie.

5. Le figure professionali operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare in corsi a cura delle regioni, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; con lo stesso decreto sono definiti i relativi ordinamenti didattici".

Art. 4

(Modificazioni all'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

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

1. Per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica, nonché di didattica del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dei criteri e delle modalità di cui ai commi 1-*bis* e seguenti, possono essere costituiti o confermati in aziende, disciplinate dall'articolo 3, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, con le particolarità procedurali e organizzative previste dalle disposizioni attuative dell'articolo 11, comma 1, lettera b), della legge 15 marzo 1997, n. 59; le aziende di cui all'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419, secondo le specifiche disposizioni definite in sede di attuazione della delega ivi prevista; le aziende ospedaliere di rilievo nazionale o interregionale, alle quali si applicano, salvo che sia diversamente previsto, le disposizioni del presente decreto relative alle unità sanitarie locali. Sino all'emanazione delle disposizioni attuative sugli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad essi si applicano le disposizioni del presente decreto relative alla dirigenza sanitaria, ai dipartimenti, alla direzione sanitaria e amministrativa aziendale e al collegio di direzione. Le disposizioni del presente decreto, salvo quanto in esso diversamente disposto, non si applicano ai policlinici universitari e alle aziende ove insistono le facoltà di medicina e chirurgia prima della data indicata dalle disposizioni attuative della delega prevista dall'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419; ove tale data non sia prevista, dette disposizioni si applicano a partire dal 1 aprile 2000.

2. Dopo il comma 1 dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti:

"1-*bis*. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal presente decreto, le regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, in coerenza con l'articolo 17-*bis*;
- b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
- c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità secondo le specificazioni di cui al decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 26 del 1 febbraio 1992, e successive modificazioni;
- d) dipartimento di emergenza di secondo livello, ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni, secondo le specificazioni contenute nell'Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* n. 114 del 17 maggio 1996;
- e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal Piano sanitario regionale ed in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da presidi ospedalieri regionali di minore complessità;

f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in regioni diverse, superiore di almeno il dieci per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia e in Sardegna;

g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore di almeno il venti per cento rispetto al valore medio regionale;

h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

1-ter. I requisiti di cui alle lettere c) e d) del comma *1-bis* non si applicano agli ospedali specializzati di cui al decreto ministeriale 31 gennaio 1995, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 127 del 2 giugno 1995. In ogni caso, non si procede alla costituzione o alla conferma in azienda ospedaliera qualora questa costituisca il solo presidio ospedaliero pubblico presente nella azienda unità sanitaria locale.

1-quater. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al Ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della individuazione degli ospedali di rilievo nazionale o interregionale da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto dai commi *1-bis* e *1-ter*. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, il Ministro della sanità, attenendosi alle indicazioni pervenute dalle regioni previa verifica dei requisiti e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei ministri, le regioni costituiscono in azienda, ai sensi del comma 1, i predetti ospedali.

1-quinquies. Nel predisporre il Piano sanitario regionale, e comunque dopo tre anni dall'entrata in vigore del presente decreto, la regione procede a verificare la permanenza dei requisiti di cui al comma *1-bis* e a valutare l'equilibrio economico delle aziende ospedaliere costituite nel suo ambito territoriale. In caso di grave disavanzo nel triennio considerato, oppure di perdita dei requisiti di cui al comma *1-bis*, la costituzione in azienda viene revocata, secondo le procedure previste per la costituzione medesima, e la regione individua l'unità sanitaria locale subentrante nei relativi rapporti attivi e passivi.

1-sexies. I presidi attualmente costituiti in aziende ospedaliere, con esclusione dei presidi di cui al comma 6, per i quali viene richiesta la conferma e che non soddisfano i requisiti di cui al comma *1-bis*, possono essere confermati per un periodo massimo di tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sulla base di un progetto di adeguamento presentato dalla regione, con la procedura di cui al comma *1-quater*. Alla scadenza del termine previsto nel provvedimento di conferma, ove permanga la carenza dei requisiti, le regioni e il ministero della sanità attivano la procedura di cui all'ultimo periodo del comma *1-quinquies*; ove i requisiti sussistano, si procede ai sensi del comma *1-quater*.

1-septies. Le regioni definiscono le modalità dell'integrazione dell'attività assistenziale delle aziende di cui al comma 1 nella programmazione regionale e le forme della collaborazione con le unità sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui operano, anche ai sensi dell'articolo *3-septies*.

1-octies. Ai progetti elaborati dalle regioni e finanziati ai sensi dell'articolo 1, comma *34-bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, hanno titolo a partecipare anche gli enti e gli istituti di cui al comma 12."

3. Sono abrogati i commi 2, lettere a), primo periodo, e lettera b), 4, 7, *7-bis* e *7-ter* dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Art. 5

(Modificazioni all'articolo 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. L'articolo 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

Art. 5
(Patrimonio e contabilità)

1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, il patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e' costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad esse appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità.

2. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della regione. I beni mobili e immobili che le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma, del codice civile.

3. Le leggi ed i provvedimenti di cui al comma 1 costituiscono titolo per la trascrizione, la quale e' esente da ogni onere relativo a imposte e tasse.

4. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano ad oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

5. Qualora non vi abbiano già provveduto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127, e prevedendo:

a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;

b) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;

c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;

d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;

e) l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità;

f) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dimissioni e conferimenti.

6. Per conferire struttura uniforme alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari regionali rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, e' predisposto apposito schema, con decreto interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

7. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute agli adempimenti di cui all'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e all'articolo 64 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. La disciplina contabile di cui al presente articolo decorre dal 1° gennaio 1995 e la contabilità finanziaria e' soppressa."

2. Dopo l'articolo 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e' inserito il seguente:

Art. 5-bis

(Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico)

1. Nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, il Ministero della sanità può stipulare, di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nei limiti delle disponibilità finanziarie, iscritte nel bi-

lancio dello Stato, accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie.

2. Gli accordi di programma previsti dal comma 1 disciplinano altresì le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione.

3. In caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo entro i termini previsti dal medesimo programma, la copertura finanziaria assicurata dal Ministero della sanità viene riprogrammata e riassegnata, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, in favore di altre regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse da parte dei medesimi".

Art. 6

(Integrazioni all'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Dopo l'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti:

Art. 6-bis

(Protocolli d'intesa tra le regioni, le università e le strutture del Servizio sanitario nazionale)

1. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono elaborate ogni tre anni linee guida per la stipulazione di protocolli d'intesa tra le regioni, le università e le strutture del Servizio sanitario nazionale, determinando i parametri al fine di individuare le strutture universitarie per lo svolgimento delle attività assistenziali e le strutture per la formazione specialistica e i diplomi universitari.

2. Fino all'emanazione del decreto di cui al comma 1 si applicano le linee guida di cui al decreto dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 31 luglio 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 181 del 5 agosto 1997.

3. Fino all'emanazione del decreto di cui al comma 1 le strutture sono individuate, per quanto concerne la formazione specialistica, in conformità al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 17 dicembre 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 17 del 21 gennaio 1997 e, per quanto concerne i diplomi universitari, in conformità al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 24 settembre 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 234 del 7 ottobre 1997.

Art. 6-ter

(Fabbisogno di personale sanitario)

1. Entro il 30 aprile di ciascun anno il Ministro della sanità, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi professionali interessati, determina con uno o più decreti il fabbisogno per il Servizio sanitario nazionale, anche suddiviso per regioni, in ordine ai medici chirurghi, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, nonché al personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione ai soli fini della programmazione da parte del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica degli accessi ai corsi di diploma di laurea, alle scuole di formazione specialistica e ai corsi di diploma universitario. Con la stessa procedura e' determinato, altresì, il fabbisogno degli ottici, degli odontotecnici e del restante personale sanitario e socio-sanitario che opera nei servizi e nelle strutture del Servizio sanitario nazionale.

2. A tali fini i decreti di cui al comma 1 tengono conto di:

- a) obiettivi e livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;
- b) modelli organizzativi dei servizi;
- c) offerta di lavoro;

d) domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa.

3. Gli enti pubblici e privati e gli ordini e collegi professionali sono tenuti a fornire al Ministero della sanità i dati e gli elementi di valutazione necessari per la determinazione dei fabbisogni riferiti alle diverse categorie professionali; in caso di inadempimento entro il termine prescritto il Ministero provvede all'acquisizione dei dati attraverso commissari ad acta ponendo a carico degli enti inadempienti gli oneri a tal fine sostenuti.".

Art. 7

(Modificazioni all'articolo 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Il comma 1 dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e' abrogato.

2. Dopo l'articolo 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti:

Art. 7-bis

(Dipartimento di prevenzione)

1. Le regioni disciplinano l'istituzione e l'organizzazione del dipartimento della prevenzione secondo i principi contenuti nelle disposizioni del presente articolo e degli articoli 7-ter e 7-quater. Il dipartimento di prevenzione e' struttura operativa dell'unita' sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

2. A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività della unità sanitaria locale, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

Art. 7-ter

(Funzioni del dipartimento di prevenzione)

1. In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il dipartimento di prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;

b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;

c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;

d) sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale;

e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti;

f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

2. Il dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Art. 7-quater

(Organizzazione del dipartimento di prevenzione)

1. Il dipartimento di prevenzione opera nell'ambito del Piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile ed e' organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il direttore del dipartimento e' scelto dal direttore generale tra i dirigenti con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

2. Le regioni disciplinano l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo strutture organizzative specificamente dedicate a:

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- d) sanità animale;
- e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

3. Le strutture organizzative si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento ed alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza.

4. I servizi veterinari operano quale centro di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi del servizio, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

5. Nella regolamentazione del dipartimento di prevenzione, le regioni possono prevedere, secondo le articolazioni organizzative adottate, la disciplina delle funzioni di medicina legale e necroscopica.

Art. 7-quinquies

(Coordinamento con le Agenzie regionali per l'ambiente)

1. Il Ministro della sanità ed il Ministro dell'ambiente, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stipulano, nell'ambito delle rispettive competenze, un accordo quadro per il coordinamento e la integrazione degli interventi per la tutela della salute e dell'ambiente che individua i settori di azione congiunta ed i relativi programmi operativi.

2. Le regioni individuano le modalità e i livelli di integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali, prevedendo la stipulazione di accordi di programma e convenzioni tra le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere e le agenzie regionali per la protezione dell'ambiente per la tutela della popolazione dal rischio ambientale, con particolare riguardo alle attività di sorveglianza epidemiologica e di comunicazione del rischio. Tali accordi devono comunque garantire l'erogazione delle prestazioni richieste dalle unità sanitarie locali per lo svolgimento di funzioni e di compiti istituzionali senza oneri aggiuntivi per il Servizio sanitario nazionale.

3. Le regioni e le unità sanitarie locali, per le attività di laboratorio già svolte dai presidi multizonali di prevenzione come compito di istituto, in base a norme vigenti, nei confronti delle unità sanitarie locali, si avvalgono delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente.

Art. 7-sexies

(Istituti zooprofilattici sperimentali e Uffici veterinari del Ministero della sanità)

1. I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli Istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i servizi veterinari delle unità sanitarie locali e gli Istituti zooprofilattici sperimentali per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria, nonché le modalità integrative rispetto all'attività dei Posti di ispezione frontiera veterinaria e degli Uffici veterinari di confine, porto ed aeroporto e quelli per gli adempimenti degli obblighi comunitari.

Art. 7-septies

(Funzioni di profilassi internazionale)

1. Nell'ambito di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, relativamente alle funzioni di profilassi internazionale, le attribuzioni di igiene pubblica, ambientale e del lavoro di cui al decreto ministeriale 22 febbraio 1984, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 77 del 17 marzo 1984, ed al decreto ministeriale 2 maggio 1985, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 142 del 18 giugno 1985, ad esclusione delle suddette funzioni di profilassi internazionali su merci, persone e flussi migratori svolte dagli Uffici di

sanità marittima e aerea del Ministero della sanità, sono svolte dai dipartimenti di prevenzione delle unità sanitarie locali territorialmente competenti.

Art. 7-octies

(Coordinamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro)

1. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono definiti, sulla base dei principi e criteri di cui agli articoli 7-bis e 7-ter, gli indirizzi per un programma di azione nazionale per la prevenzione degli infortuni e la tutela della salute nei luoghi di lavoro, con particolare attenzione al coordinamento fra le competenze ispettive delle unità sanitarie locali, cui spetta la vigilanza sull'ambiente di lavoro, e quelle degli ispettorati del lavoro e dell'INAIL, nonché delle altre strutture di vigilanza, fermo restando quanto previsto in materia dal decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e in particolare gli articoli 25 e 27.

2. Il dipartimento di prevenzione assicura, nella programmazione della propria attività destinata alla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, il raccordo con gli organismi paritetici previsti dall'articolo 20 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, o, qualora non ancora costituiti, con le parti sociali".

Art. 8

(Modificazioni all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. I commi 1 e 1-bis dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono sostituiti dai seguenti:

1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta e' disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

a) prevedere che la scelta del medico e' liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed e' tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicando sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);

e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della

medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli od associati, in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi dell'articolo 6 del predetto decreto, prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzia i medici forniti dell'attestato, al fine di riservare loro una percentuale predeterminata di posti in sede di copertura delle zone carenti;

i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.

1-bis. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite ed approvate nel rispetto dei principi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale."

2. Al comma 8 dell'articolo 8 e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: in sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449."

3. Sono fatti salvi i provvedimenti in corso, attuativi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Sono abrogati i commi 5, 6, 7 e 9 dell'articolo 8 del decreto legislativo 30

dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. 4. Dopo l'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti:

Art. 8-bis

(Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali)

1. Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-*quater*, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*.

2. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi e' subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulo del Servizio sanitario nazionale.

3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate,rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-*ter*, dell'accREDITAMENTO istituzionale di cui all'articolo 8-*quater*, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività sociosanitarie.

Art.8-ter

(Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie)

1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

- a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
- b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

2. L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e', altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.

3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il Comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica e' effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

4. L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei principi e criteri direttivi previsti dall'articolo 8, comma 4, del presente decreto. In sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le regioni determinano:

a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e socio-sanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;

b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati.

Art. 8-quater

(Accreditamento istituzionale)

1. L'accreditamento istituzionale e' rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.

2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8-quinquies.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accreditamento dei professionisti, la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per:

a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;

b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;

c) le procedure ed i termini per l'accreditamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento e' emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua verifica periodica;

b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;

c) assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili ed alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;

d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;

e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;

- f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;
- g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-*octies*;
- h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini. inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) ed f);
- i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;
- l) indicare i requisiti specifici per l'accredimento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli, obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;
- m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta ed ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;
- n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;
- o) indicare i requisiti per l'accredimento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-*ter*;
- p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;
- q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture sociosanitarie, ove compatibili.
5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accredimento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accredimento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.
6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e delle altre già operanti.
7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accredimento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accredimento temporaneamente concesso.
8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accredimento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.

Art. 8-quinquies
(Accordi contrattuali)

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
- b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;
- c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;
- d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

- a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
- c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);
- e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-*octies*.

Art. 8-sexies
(Remunerazione)

1. Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione.

2. Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:

- a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
- b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
- c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
- d) programmi di assistenza a malattie rare;

e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 21 marzo 1992;

f) programmi sperimentali di assistenza;

g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

3. I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di *standard* organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

4. La remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle di cui al comma 2 e' determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di *day hospital*, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni di cui al comma 3.

5. Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi *standard* di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse.

6. Con la procedura di cui al comma 5, sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.

7. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, disciplina le modalità di erogazione e di remunerazione dell'assistenza protesica, compresa nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, anche prevedendo il ricorso all'assistenza in forma indiretta.

8. Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

Art. 8-septies

(Prestazioni erogate in forma indiretta)

1. I rimborsi relativi alle prestazioni erogate in forma indiretta sono definiti dalle regioni e dalle province autonome in misura non superiore al cinquanta per cento delle corrispondenti tariffe regionali determinate ai sensi dell'articolo 8-sexies. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, e' abolita l'assistenza in forma indiretta

per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza. Resta ferma la normativa vigente in materia di assistenza sanitaria all'estero.

**Art. 8-octies
(Controlli)**

1. La regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese.

2. Per quanto riguarda le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, la definizione degli accordi entro i termini stabiliti dalla regione e il rispetto dei programmi di attività previsti per ciascuna struttura rappresentano elemento di verifica per la conferma degli incarichi al direttore generale, ai direttori di dipartimento e del contratto previsto per i dirigenti responsabili di struttura complessa, nonché per la corresponsione degli incentivi di risultato al personale con funzioni dirigenziali dipendente dalle aziende interessate.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato entro, centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo, 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti, sulla base dei criteri di cui all'articolo 8-quinquies, i principi in base ai quali la regione assicura la funzione di controllo esterno sulla appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata dalle strutture interessate. Le regioni, in attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento, entro sessanta giorni determinano:

- a) le regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno e per la risoluzione delle eventuali contestazioni, stabilendo le relative penalizzazioni;
- b) il debito informativo delle strutture accreditate interessate agli accordi e le modalità per la verifica della adeguatezza del loro sistema informativo;
- c) l'organizzazione per la verifica del comportamento delle singole strutture;
- d) i programmi per promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori addetti alla gestione della documentazione clinica e alle attività di controllo.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3 individua altresì i criteri per la verifica di:

- a) validità della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;
- b) necessità clinica e appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati, con particolare riguardo ai ricoveri di pazienti indirizzati o trasferiti ad altre strutture;
- c) appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione della assistenza;
- d) risultati finali della assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi".

Art. 9

(Modificazioni all'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. L'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e' sostituito dal seguente:

Art. 9

(Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale)

1. Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

2. La denominazione dei fondi di cui al presente articolo deve contenere l'indicazione "fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale". Tale denominazione non può essere utilizzata con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse.

3. Tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad adottare politiche di non selezione dei rischi. Le fonti istitutive dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono le seguenti:

- a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali;
- b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;
- c) regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali;
- d) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative di cui all'articolo 1, comma 16, operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;
- e) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute;
- f) atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

4. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

- a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate;
- b) prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- c) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

5. Fra le prestazioni di cui al comma 4, lettera a), sono comprese:

- a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
- b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
- c) l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza, odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

6. Con decreto del Ministro della sanità, previo parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, sono individuate le prestazioni relative alle lettere a), b) e c) del comma 5, nonché quelle ricomprese nella lettera c) del comma 4, le quali, in via di prima applicazione, possono essere poste a carico dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

7. I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono autogestiti. Essi possono essere affidati in gestione mediante convenzione, da stipulare con istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o sociosanitario da almeno cinque anni, secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Le regioni, le province autonome e gli enti locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione dei fondi di cui al presente articolo.

8. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, è emanato, su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il regolamento contenente le disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Detto regolamento disciplina:

- a) le modalità di costituzione e di scioglimento;
- b) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;
- c) le forme e le modalità di contribuzione;
- d) i soggetti destinatari dell'assistenza;
- e) il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare;
- f) le cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale.

9. La vigilanza sull'attività dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale e' disciplinata dall'articolo 122 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Presso il Ministero della sanità, senza oneri a carico dello Stato, sono istituiti: l'anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, alla quale debbono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato che quelli sottoposti a vigilanza regionale; l'osservatorio dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, il cui funzionamento e' disciplinato con il regolamento di cui al comma 8.

10. Le disposizioni del presente articolo acquistano efficacia al momento dell'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale dei fondi ivi previsti, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n. 133".

Art. 10

(Modificazioni all'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. L'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e' sostituito dal seguente:

Art. 9-bis (Sperimentazioni gestionali)

1. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, autorizza programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

2. Il programma di sperimentazione e' proposto dalla regione interessata, motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale ed evidenziando altresì gli elementi di garanzia, con particolare riguardo ai seguenti criteri:

a) privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale individuate dall'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460;

b) fissare limiti percentuali alla partecipazione di organismi privati in misura non superiore al quarantanove per cento;

c) prevedere forme idonee di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale nei confronti dei soggetti privati che partecipano alle sperimentazioni;

d) disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale con privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;

e) definire partitamente i compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connesse all'assistenza alla persona;

f) individuare forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione della convenzione di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione.

3. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi, ivi comprese le forme di collaborazione in atto con soggetti privati per la gestione di compiti diretti di tutela della salute. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

4. Al di fuori dei programmi di sperimentazione di cui al presente articolo, e' fatto divieto alle aziende del Servizio sanitario nazionale di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute.

Art. 11

(Modificazioni all'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Dopo l'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e' inserito il seguente:

Art. 12-bis (Ricerca sanitaria)

1. La ricerca sanitaria risponde al fabbisogno conoscitivo e operativo del Servizio sanitario nazionale e ai suoi obiettivi di salute, individuato con un apposito programma di ricerca previsto dal Piano sanitario nazionale.

2. Il Piano sanitario nazionale definisce, con riferimento alle esigenze del Servizio sanitario nazionale e tenendo conto degli obiettivi definiti nel Programma nazionale per la ricerca di cui al decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204, gli obiettivi e i settori principali della ricerca del Servizio sanitario nazionale, alla cui coerente realizzazione contribuisce la comunità scientifica nazionale.

3. Il Ministero della Sanità, sentita la Commissione nazionale per la ricerca sanitaria, di cui all'articolo 2, comma 7, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, elabora il programma di ricerca sanitaria e propone iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale, di cui al decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204, e nei programmi di ricerca internazionali e comunitari. Il programma è adottato dal Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, ha validità triennale ed è finanziato dalla quota di cui all'articolo 12, comma 2.

4. Il programma di ricerca sanitaria:

a) individua gli obiettivi prioritari per il miglioramento dello stato di salute della popolazione;

b) favorisce la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari nonché di pratiche cliniche e assistenziali e individua gli strumenti di verifica del loro impatto sullo stato di salute della popolazione e degli utilizzatori dei servizi;

c) individua gli strumenti di valutazione dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica delle procedure e degli interventi, anche in considerazione di analoghe sperimentazioni avviate da agenzie internazionali e con particolare riferimento agli interventi e alle procedure prive di una adeguata valutazione di efficacia;

d) favorisce la ricerca e la sperimentazione volte a migliorare la integrazione multiprofessionale e la continuità assistenziale, con particolare riferimento alle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria;

e) favorisce la ricerca e la sperimentazione volta a migliorare la comunicazione con i cittadini e con gli utilizzatori dei servizi sanitari, a promuovere l'informazione corretta e sistematica degli utenti e la loro partecipazione al miglioramento dei servizi;

f) favorisce la ricerca e la sperimentazione degli interventi appropriati per la implementazione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, per l'autovalutazione della attività degli operatori, la verifica ed il monitoraggio e il monitoraggio dei risultati conseguiti.

5. Il programma di ricerca sanitaria si articola nelle attività di ricerca corrente e di ricerca finalizzata. La ricerca corrente è attuata tramite i progetti istituzionali degli organismi di ricerca di cui al comma seguente nell'ambito degli indirizzi del programma nazionale, approvati dal Ministro della sanità. La ricerca finalizzata attua gli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari, del Piano sanitario nazionale. I progetti di ricerca biomedica finalizzata sono approvati dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, allo scopo di favorire il loro coordinamento.

6. Le attività di ricerca corrente e finalizzata sono svolte dalle regioni, dall'Istituto superiore di sanità, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati nonché dagli Istituti zooprofilattici sperimentali. Alla realizzazione dei progetti possono concorrere, sulla base di specifici accordi, contratti o convenzioni, le università, il Consiglio nazionale delle ricerche e gli altri enti di ricerca pubblici e privati, nonché imprese pubbliche e private.

7. Per l'attuazione del programma il Ministero della sanità, anche su iniziativa degli organismi di ricerca nazionali, propone al Ministero per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica e agli altri ministeri interessati le aree di ricerca biomedica e sanitaria di interesse comune, concordandone l'oggetto, le modalità di finanziamento e i criteri di valutazione dei risultati delle ricerche.

8. Il Ministero della sanità, nell'esercizio della funzione di vigilanza sull'attuazione del programma nazionale, si avvale della collaborazione tecnico-scientifica della Commissione nazionale per la ricerca sanitaria di cui all'articolo 2, comma 7, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, degli organismi tecnico-scientifici del Servizio sanitario nazionale e delle regioni, sulla base di metodologie di accreditamento qualitativo, anche al fine di garantire la qualità e la indipendenza del processo di valutazione e di selezione dei progetti di ricerca.

9. Anche ai fini di cui al comma 1 del presente articolo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici istituiti presso ciascuna azienda sanitaria ai sensi dei decreti ministeriali 15 luglio 1997, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* 18 agosto 1997, n. 191, e 18 marzo 1998, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* 28 maggio 1998, n. 122, tenendo conto delle indicazioni e dei requisiti minimi di cui ai predetti decreti e istituendo un registro dei Comitati etici operanti nei propri ambiti territoriali.

10. Presso il Ministero della sanità è istituito il Comitato etico nazionale per la ricerca e per le sperimentazioni cliniche. Il Comitato:

a) segnala, su richiesta della Commissione per la ricerca sanitaria ovvero di altri organi o strutture del Ministero della sanità o di altre pubbliche amministrazioni, le conseguenze sotto il profilo etico dei progetti di ricerca biomedica e sanitaria;

b) comunica a organi o strutture del Ministero della sanità le priorità di interesse dei progetti di ricerca biomedica e sanitaria;

c) coordina le valutazioni etico-scientifiche di sperimentazioni cliniche multicentriche di rilevante interesse nazionale, relative a medicinali o a dispositivi medici, su specifica richiesta del Ministro della sanità;

d) esprime parere su ogni questione tecnico-scientifica ed etica concernente la materia della ricerca di cui al comma 1 e della sperimentazione clinica dei medicinali e dei dispositivi medici che gli venga sottoposta dal Ministro della sanità.

11. Le regioni formulano proposte per le predisposizioni del programma di ricerca sanitaria di cui al presente articolo, possono assumere la responsabilità della realizzazione di singoli progetti finalizzati, e assicurano il monitoraggio sulla applicazione dei conseguenti risultati nell'ambito del Servizio sanitario regionale".

Art. 12

(Modificazioni all'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Al comma 2 dell'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il terzo periodo, è inserito il seguente: per le finalità del presente articolo, le regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.

Art. 13

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

1. L'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dai seguenti:

Art. 15

(Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie)

1. Fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. In sede di contrattazione collettiva nazionale sono previste, in conformità ai principi e alle disposizioni del presente decreto, criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilità del risultato.

2. La dirigenza sanitaria è disciplinata dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, salvo quanto previsto dal presente decreto.

3. L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multi professionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

4. All'atto della prima assunzione, al dirigente sanitario sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile della struttura e sono attribuite funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. A tali fini il dirigente responsabile della struttura predispone e assegna al dirigente un programma di attività finalizzato al raggiungimento degli obiettivi prefissati ed al perfezionamento delle competenze tecnico professionali e gestionali riferite alla struttura di appartenenza. In relazione alla natura e alle caratteristiche dei programmi da realizzare, alle attitudini e capacità professionali del singolo dirigente, accertate con le procedure valutative di verifica di cui al comma 5, al dirigente, con cinque anni di attività con valutazione positiva possono essere attribuite funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nonché incarichi di direzione di strutture semplici.

5. Il dirigente è sottoposto a verifica triennale; quello con incarico di struttura, semplice o complessa, è sottoposto a verifica anche al termine dell'incarico. Le verifiche concernono le attività professionali svolte ed i risultati raggiunti e sono effettuate da un collegio tecnico, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore del dipartimento. L'esito positivo delle verifiche costituisce condizione per il conferimento o la conferma degli incarichi di maggior rilievo, professionali o gestionali.

6. Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione.

7. Alla dirigenza sanitaria si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami, disciplinato ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483. Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, e secondo le modalità dallo stesso stabilite, salvo quanto previsto dall'articolo 15-ter, comma 2. Si applica quanto previsto dall'articolo 28, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, come sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo 29 ottobre 1998, n. 387.

8. L'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 5, comma 1, lettera d), del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, come modificato dall'articolo 16-quinquies, deve essere conseguito dai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa entro un anno dall'inizio dell'incarico; il mancato superamento del primo corso, attivato dalla regione successivamente al conferimento dell'incarico, determina la decadenza dall'incarico stesso. I dirigenti sanitari con incarico quinquennale alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono tenuti a partecipare al primo corso di formazione manageriale programmato dalla regione; i dirigenti già confermati nell'incarico sono esonerati, dal possesso dell'attestato di formazione manageriale.

9. I contratti collettivi nazionali di lavoro disciplinano le modalità di salvaguardia del trattamento economico fisso dei dirigenti in godimento alla data di entrata in vigore del pre-

sente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Art. 15-bis

(Funzioni dei dirigenti responsabili di struttura)

1. L'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda, verso l'esterno, l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.
2. La direzione delle strutture e degli uffici e' affidata ai dirigenti, secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 15-*ter*. Il rapporto dei dirigenti e' esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'articolo 15-*sexies*.
3. Sono soppressi i rapporti di lavoro a tempo definito per la dirigenza sanitaria. In conseguenza della maggiore disponibilità di ore di servizio sono resi indisponibili in organico un numero di posti della dirigenza per il corrispondente monte ore. I contratti collettivi nazionali di lavoro disciplinano le modalità di regolarizzazione dei rapporti soppressi.

Art. 15-ter

(Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura)

1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, dal direttore generale, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale, compatibilmente con le risorse finanziarie a tal fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette, con facoltà di rinnovo. Ai predetti incarichi si applica l'articolo 19, comma 1, del decreto legislativo n. 29 del 1993 e successive modificazioni.
2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa e' effettuata dal direttore generale, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da una apposita commissione. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve. La commissione, nominata dal direttore generale, e' composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale, preposti ad una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal direttore generale ed uno dal Collegio di direzione. Fino alla costituzione del collegio alla individuazione provvede il Consiglio dei sanitari.
3. Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono revocati, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, in caso di: inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; responsabilità grave e reiterata; in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro. Nei casi di maggiore gravità, il direttore generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi nazionali di lavoro.
4. I dirigenti ai quali non sia stata affidata la direzione di strutture svolgono funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca nonché funzioni ispettive, di verifica e di controllo.
5. Il dirigente preposto ad una struttura complessa e' sostituito, in caso di sua assenza o impedimento, da altro dirigente della struttura o del dipartimento individuato dal responsabile della struttura stessa; alle predette mansioni superiori non si applica l'articolo 2103, primo comma, del codice civile.

Art. 15-quater

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

1. I dirigenti sanitari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o a tempo determinato, con i quali sia stato stipulato il contratto di lavoro o un nuovo contratto di lavoro in data successiva al 31 dicembre 1998, nonché quelli che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e suc-

cessive modificazioni, abbiano optato per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria sono assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo.

2. Salvo quanto previsto al comma 1, i dirigenti in servizio alla data del 31 dicembre 1998, che hanno optato per l'esercizio dell'attività libero professionale extramuraria, passano, a domanda, al rapporto di lavoro esclusivo.

3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, tutti i dirigenti in servizio alla data del 31 dicembre 1998 sono tenuti a comunicare al direttore generale l'opzione in ordine al rapporto esclusivo. In assenza di comunicazione si presume che il dipendente abbia optato per il rapporto esclusivo.

4. Il dirigente sanitario con rapporto di lavoro esclusivo non può chiedere il passaggio al rapporto di lavoro non esclusivo.

5. I contratti collettivi di lavoro stabiliscono il trattamento economico aggiuntivo da attribuire ai dirigenti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo ai sensi dell'articolo 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nei limiti delle risorse destinate alla contrattazione collettiva.

Art. 15-quinquies

(Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari)

1. Il rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari comporta la totale disponibilità nello svolgimento delle funzioni dirigenziali attribuite dall'azienda, nell'ambito della posizione ricoperta e della competenza professionale posseduta e della disciplina di appartenenza, con impegno orario contrattualmente definito.

2. Il rapporto di lavoro esclusivo comporta l'esercizio dell'attività professionale nelle seguenti tipologie:

a) il diritto all'esercizio di attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio, nell'ambito delle strutture aziendali individuate dal direttore generale d'intesa con il collegio di direzione; salvo quanto disposto dal comma 11 dell'articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448;

b) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività a pagamento svolta in equipe, al di fuori dell'impegno di servizio, all'interno delle strutture aziendali;

c) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in equipe, al di fuori dell'impegno di servizio, in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture;

d) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'azienda, quando le predette attività siano svolte al di fuori dell'impegno di servizio e consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le equipe dei servizi interessati. Le modalità di svolgimento delle attività di cui al presente comma e i criteri per l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti sanitari interessati nonché al personale che presta la propria collaborazione sono stabiliti dal direttore generale in conformità alle previsioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

3. Per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quella assicurato per i compiti istituzionali. La disciplina contrattuale nazionale definisce il corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale nel rispetto dei seguenti principi: l'attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero professionale, che viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze del servizio e della prevalenza dei volumi orari di attività necessari per i compiti istituzionali; devono essere comunque rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali ed i tempi di attesa concordati con le equipe; l'attività libero professionale è soggetta a verifica da parte di appositi organismi e sono individuate penalizzazioni consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa, in caso di violazione delle disposizioni di cui al presente comma o di quelle contrattuali.

4. Nello svolgimento dell'attività di cui al comma 2 non è consentito l'uso del ricettario del Servizio sanitario nazionale.

5. Gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, implicano il rapporto di lavoro esclusivo. Per struttura, ai fini del presente decreto, si intende l'articolazione organizzativa per la quale e' prevista, dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

6. Ai fini del presente decreto, si considerano strutture complesse i dipartimenti e le unità operative individuate secondo i criteri di cui all'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'articolo 8-*quater*, comma 3. Fino all'emanazione del predetto atto si considerano strutture complesse tutte le strutture già riservate dalla pregressa normativa ai dirigenti di secondo livello dirigenziale.

7. I dirigenti sanitari appartenenti a posizioni funzionali apicali alla data del 31 dicembre 1998, che non abbiano optato per il rapporto quinquennale ai sensi della pregressa normativa, conservano l'incarico di direzione di struttura complessa alla quale sono preposti. Essi sono sottoposti a verifica entro il 31 dicembre 1999, conservando fino a tale data il trattamento tabellare già previsto per il secondo livello dirigenziale. In caso di verifica positiva, il dirigente e' confermato nell'incarico, con rapporto esclusivo, per ulteriori sette anni. In caso di verifica non positiva o di non accettazione dell'incarico con rapporto esclusivo, al dirigente e' conferito un incarico professionale non comportante direzione di struttura in conformità con le previsioni del contratto collettivo nazionale di lavoro; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico di dirigente.

8. Il rapporto di lavoro esclusivo costituisce titolo di preferenza per gli incarichi didattici e di ricerca e per i comandi e i corsi di aggiornamento tecnico-scientifico e professionale.

9. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche al personale di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 17 luglio 1980, n. 382, con le specificazioni e gli adattamenti che saranno previsti in relazione ai modelli gestionali e funzionali di cui all'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419, dalle disposizioni di attuazione della delega stessa.

10. Resta fermo quanto disposto dall'articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448.

Art. 15-sexies

(Caratteristiche del rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari che svolgono attività libero-professionale extramuraria)

1. Il rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari in servizio al 31 dicembre 1998 i quali, ai sensi dell'articolo 1, comma 10, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, abbiano comunicato al direttore generale l'opzione per l'esercizio della libera professione extramuraria e che non intendano revocare detta opzione, comporta la totale disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio, per la realizzazione dei risultati programmati e lo svolgimento delle attività professionali di competenza. Le aziende stabiliscono i volumi e le tipologie delle attività e delle prestazioni che i singoli dirigenti sono tenuti ad assicurare, nonché le sedi operative in cui le stesse devono essere effettuate.

Art. 15-septies

(Contratti a tempo determinato)

1. I direttori generali possono conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporto di lavoro esclusivo, entro il limite del due per cento della dotazione organica della dirigenza, a laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali apicali o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e post-universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro e che non godano del trattamento di quiescenza. I contratti hanno durata non inferiore a due anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo.

2. Le aziende unità sanitarie e le aziende ospedaliere possono stipulare, oltre a quelli previsti dal comma precedente, contratti a tempo determinato, in numero non superiore al cinque per cento della dotazione organica della dirigenza sanitaria, ad esclusione della dirigenza medica, nonché della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa, per l'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, ad esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e

che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con le esigenze che determinano il conferimento dell'incarico.

3. Il trattamento economico e' determinato sulla base dei criteri stabiliti nei contratti collettivi della dirigenza del Servizio sanitario nazionale.

4. Per il periodo di durata del contratto di cui al comma 1 i dipendenti di pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento dell'anzianità di servizio.

5. Gli incarichi di cui al presente articolo, conferiti sulla base di direttive regionali, comportano l'obbligo per l'azienda di rendere contestualmente indisponibili posti di organico della dirigenza per i corrispondenti oneri finanziari.

Art. 15-octies

(Contratti per l'attuazione di progetti finalizzati)

1. Per l'attuazione di progetti finalizzati, non sostitutivi dell'attività ordinaria, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere possono, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, a tal fine disponibili, assumere con contratti di diritto privato a tempo determinato soggetti in possesso, di diploma di laurea ovvero di diploma universitario, di diploma di scuola secondaria di secondo grado o di titolo di abilitazione professionale, nonché di abilitazione all'esercizio della professione, ove prevista.

Art. 15-nonies

(Limite massimo di età per il personale della dirigenza medica e per la cessazione dei rapporti convenzionali)

1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, e' stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fatta salva l'applicazione dell'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503. E' abrogata la legge 19 febbraio 1991, n. 50, fatto salvo il diritto a rimanere in servizio per coloro i quali hanno già ottenuto il beneficio.

2. Il personale medico universitario di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, cessa dallo svolgimento delle ordinarie attività assistenziali di cui all'articolo 6, comma 1, nonché dalla direzione delle strutture assistenziali, al raggiungimento del limite massimo di età di sessantasette anni. Il personale già in servizio cessa dalle predette attività e direzione al compimento dell'età di settanta anni se alla data del 31 dicembre 1999 avrà compiuto sessantasei anni e all'età di sessantotto anni se alla predetta data avrà compiuto sessanta anni. I protocolli d'intesa tra le regioni e le università e gli accordi attuativi dei medesimi, stipulati tra le università e le aziende sanitarie ai sensi dell'articolo 6, comma 1, disciplinano le modalità e i limiti per l'utilizzazione del suddetto personale universitario per specifiche attività assistenziali strettamente correlate all'attività didattica e di ricerca.

3. Le disposizioni di cui al precedente comma 1 si applicano anche nei confronti del personale a rapporto convenzionale di cui all'articolo 8. In sede di rinnovo delle relative convenzioni nazionali sono stabiliti tempi e modalità di attuazione.

4. Restano confermati gli obblighi contributivi dovuti per l'attività svolta, in qualsiasi forma, dai medici e dagli altri professionisti di cui all'articolo 8.

Art. 15-decies

(Obbligo di appropriatezza)

1. I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio sanitario nazionale.

2. In ogni caso, si applicano anche ai sanitari di cui al comma 1 il divieto di impiego del ricettario del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di medicinali non rimborsabili dal Servizio, nonché le disposizioni che vietano al medico di prescrivere, a carico del Servizio medesimo, medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dai

provvedimenti della Commissione unica del farmaco, e prevedono conseguenze in caso di infrazione.

3. Le attività delle aziende unità sanitarie locali previste dall'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, sono svolte anche nei confronti dei sanitari di cui al comma 1.

Art. 15-undecies

(Applicabilità al personale di altri enti)

1. Gli enti e istituti di cui all'articolo 4, comma 12, nonché gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato adeguano i propri ordinamenti del personale alle disposizioni del presente decreto. A seguito di tale adeguamento, al personale dei predetti enti e istituti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, anche per quanto attiene ai trasferimenti da e verso le strutture pubbliche".

Art. 14

(Integrazioni all'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Dopo l'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti:

Art. 16-bis (Formazione continua)

1. Ai sensi del presente decreto, la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale e' l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

2. La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. La formazione continua di cui al comma 1 e' sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli, obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'art. 16-ter.

Art. 16-ter

(Commissione nazionale per la formazione continua)

1. Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e' nominata una Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni. La commissione e' presieduta dal Ministro della sanità ed e' composta da due vicepresidenti di cui uno nominato dal Ministro della sanità e l'altro rappresentato dal Presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché da dieci membri, di cui due designati dal Ministro della sanità, due dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, uno dal Ministro per la funzione pubblica, uno dal Ministro per le pari opportunità, due dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e due dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Con il medesimo decreto sono disciplinate le modalità di consultazione delle categorie professionali interessate in ordine alle materie di competenza della commissione.

2. La Commissione di cui al comma 1 definisce, con programmazione pluriennale, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nonché gli Ordini ed i Collegi professionali interessati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici. La Commissione definisce i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in

un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative. La Commissione definisce altresì i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche, nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e procede alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi.

3. Le regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli ordini e dei collegi professionali, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, concorrono alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui al comma 2, elaborano gli obiettivi formativi di specifico interesse regionale, accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale secondo i criteri di cui al comma 2. Le regioni predispongono una relazione annuale sulle attività formative svolte, trasmessa alla Commissione nazionale, anche al fine di garantire il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua.

Art.16-quater

(Incentivazione della formazione continua)

1. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private.

2. I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale.

3. Per le strutture sanitarie private l'adempimento, da parte del personale sanitario dipendente o convenzionato che opera nella struttura, dell'obbligo di partecipazione alla formazione continua e il conseguimento dei crediti nel triennio costituiscono requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accreditamento da parte del Servizio sanitario nazionale.

Art. 16-quinquies

(Formazione manageriale)

1. La formazione di cui al presente articolo è requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per l'esercizio delle funzioni dirigenziali di secondo livello per le categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi. In sede di prima applicazione, tale formazione si consegue, dopo l'assunzione dell'incarico, con la, frequenza e il superamento dei corsi di cui al comma 2.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo accordo con il Ministero della sanità ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, organizzano ed attivano, a livello regionale o interregionale, avvalendosi anche, ove necessario, di soggetti pubblici e privati accreditati dalla Commissione di cui all'articolo 16-ter, i corsi per la formazione di cui al comma 1, tenendo anche conto delle discipline di appartenenza. Lo stesso accordo definisce i criteri in base ai quali l'Istituto superiore di sanità attiva e organizza i corsi per i direttori sanitari e i dirigenti responsabili di struttura complessa dell'area di sanità pubblica che vengono attivati a livello nazionale.

3. Con decreto del Ministro della sanità, su proposta della commissione di cui all'articolo 16-ter, sono definiti i criteri per l'attivazione dei corsi di cui al comma 2 con particolare riferimento all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, ai criteri di finanziamento e ai bilanci, alla gestione delle risorse umane e all'organizzazione del lavoro, agli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni, alla metodologia delle attività didattiche, alla durata dei corsi stessi, nonché alle modalità con cui valutare i risultati ottenuti dai partecipanti.

4. Gli oneri connessi ai corsi sono a carico del personale interessato.

5. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano al personale dirigente del ruolo sanitario delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'articolo 4, degli istituti zooprofilattici sperimentali. Le disposizioni si applicano, altresì, al personale degli enti e strutture pubbliche indicate all'articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicem-

bre 1997, n. 484, al quale sia stata estesa la disciplina sugli incarichi dirigenziali di struttura complessa di cui al presente decreto.

Art. 16-sexies

(Strutture del Servizio sanitario nazionale per la formazione)

1. Il Ministro della sanità, su proposta della regione o provincia autonoma interessata, individua i presidi ospedalieri, le strutture distrettuali e i dipartimenti in possesso dei requisiti di idoneità stabiliti dalla Commissione di cui all'articolo 16-ter, ai quali riconoscere funzioni di insegnamento ai fini della formazione e dell'aggiornamento del personale sanitario.

2. La regione assegna, in via prevalente o esclusiva, a detti ospedali, distretti e dipartimenti le attività formative di competenza regionale ed attribuisce agli stessi la funzione di coordinamento delle attività delle strutture del Servizio sanitario nazionale che collaborano con l'università al fine della formazione degli specializzandi e del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione.

Art. 15

(Modificazioni all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. L'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e' sostituito dai seguenti:

Art. 17(Collegio di direzione)

1. In ogni azienda e' costituito il Collegio di direzione, di cui il direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero- professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.

2. La regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario ed amministrativo, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio.

Art. 17-bis

(Dipartimenti)

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.

2. Il direttore di dipartimento e' nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui e' preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

3. La regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento".

Art. 16

(Modificazioni all'articolo 19 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Dopo l'articolo 19 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti:

Art. 19-bis

(Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari)

1. E' istituita, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari. Con regolamento adottato su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono disciplinate le modalità di organizzazione e funzionamento della Commissione, composta da dieci esperti di riconosciuta competenza a livello nazionale in materia di organizzazione e programmazione dei servizi, economia, edilizia e sicurezza nel settore della sanità.

2. La Commissione, in coerenza con gli obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale e avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi, sanitari regionali, svolge i seguenti compiti:

a) definisce i requisiti in base ai quali le regioni individuano i soggetti abilitati alla verifica del possesso dei requisiti per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private di cui all'art. 8-*quater*, comma 5;

b) valuta l'attuazione del modello di accreditamento per le strutture pubbliche e per le strutture private;

c) esamina i risultati delle attività di monitoraggio di cui al comma 3 e trasmette annualmente al Ministro della sanità e alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano una relazione sull'attività svolta.

3. Le regioni individuano le modalità e gli strumenti per la verifica della attuazione del modello di accreditamento, trasmettendo annualmente alla Commissione nazionale i risultati della attività di monitoraggio condotta sullo stato di attuazione delle procedure di accreditamento.

Art. 19-ter

(Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia

della coesione e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale) 1. Anche sulla base degli indicatori e dei dati definiti ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, determina i valori di riferimento relativi alla utilizzazione dei servizi, ai costi e alla qualità dell'assistenza anche in relazione alle indicazioni della programmazione nazionale e con comparazioni a livello comunitario relativamente ai livelli di assistenza sanitaria, alle articolazioni per aree di offerta e ai parametri per la valutazione dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità della gestione dei servizi sanitari, segnalando alle regioni gli eventuali scostamenti osservati.

2. Le regioni, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procedono ad una ricognizione delle cause di tali scostamenti ed elaborano programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali, di durata non superiore al triennio.

3. Il Ministro della sanità e la regione interessata stipulano una convenzione redatta sulla base di uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avente ad oggetto le misure di sostegno al programma operativo di cui al comma 2, i cui eventuali oneri sono posti a carico della quota parte del Fondo sanitario nazionale destinata al perseguimento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

La convenzione:

a) stabilisce le modalità per l'erogazione dei finanziamenti per l'attuazione dei programmi operativi secondo stati di avanzamento;

b) definisce adeguate forme di monitoraggio degli obiettivi intermedi per ogni stato di avanzamento e le modalità della loro verifica da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali;

c) individua forme di penalizzazione e di graduale e progressiva riduzione o dilazione dei finanziamenti per le regioni che non rispettino gli impegni convenzionalmente assunti per il raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi concordati;

d) disciplina, nei casi di inerzia regionale nell'adozione nell'attuazione dei programmi concordati, le ipotesi e le forme di intervento del Consiglio dei ministri secondo le procedure e le garanzie di cui all'articolo 2, comma 2-*octies*.

Art. 19-quater

(Organismi e commissioni)

1. Gli organismi e le commissioni previsti nel presente decreto si avvalgono, per il loro funzionamento, delle strutture e del personale delle amministrazioni presso cui operano, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica.

Art. 19-quinquies
(Relazione sugli effetti finanziari)

1. Il Ministro della sanità riferisce annualmente alle Camere sull'andamento della spesa sanitaria, con particolare riferimento agli effetti finanziari, in termini di maggiori spese e di maggiori economie, delle misure disciplinate dal presente decreto.

Art. 17
(Norme transitorie)

1. I collegi sindacali di cui all'articolo 3-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3, comma 3, del presente decreto, sono costituiti entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Sino alla loro costituzione, le funzioni di cui al citato articolo 3-ter sono svolte dai collegi dei revisori in carica alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. Le procedure per il conferimento degli incarichi di secondo livello della dirigenza sanitaria con avvisi pubblici già pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni sono portate a termine secondo le norme vigenti.

3. Sono fatti salvi i concorsi per l'accesso al primo livello della dirigenza sanitaria già banditi, nonché le graduatorie esistenti ed ancora valide.

Allegato 14

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 **Disposizioni in materia di professioni sanitarie** *(Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999)*

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga la seguente legge:

Art. 1.

(Definizione delle professioni sanitarie)

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".
2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione *post-base* nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Art. 2.

(Attività della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie)

1. Alla corresponsione delle indennità di missione e al rimborso delle spese sostenute dai membri della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie designati dai Comitati centrali delle Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi ai sensi dell'articolo 17, terzo comma, del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, provvedono direttamente le Federazioni predette.

Art. 3.

(Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 175)

1. Alla legge 5 febbraio 1992, n. 175, sono apportate le seguenti modificazioni:
 - a) all'articolo 1, comma 1, dopo le parole: "sugli elenchi telefonici" sono aggiunte le seguenti: ", sugli elenchi generali di categoria e attraverso giornali e periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie";
 - b) all'articolo 2, dopo il comma 3, è aggiunto il seguente:
"3-bis. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità";
 - c) all'articolo 3, comma 1, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221";

d) all'articolo 4, comma 1, dopo le parole: "sugli elenchi telefonici" sono inserite le seguenti: "e sugli elenchi generali di categoria";

e) all'articolo 5, comma 4, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221";

f) all'articolo 5, dopo il comma 5, sono aggiunti i seguenti:

"5-bis. Le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi telefonici possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria e, viceversa, le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi telefonici.

5-ter. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità";

g) dopo l'articolo 9 è inserito il seguente:

"Art. 9-bis - 1. Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 1 nonché le strutture sanitarie di cui all'articolo 4 possono effettuare la pubblicità nelle forme consentite dalla presente legge e nel limite di spesa del 5 per cento del reddito dichiarato per l'anno precedente".

Art. 4.

(Diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni)

1. Fermo restando quanto previsto dal decreto-legge 13 settembre 1996, n. 475, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 novembre 1996, n. 573, per le professioni di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione *post-base*, i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l'iscrizione ai relativi albi professionali o l'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico, sono equipollenti ai diplomi universitari di cui al citato articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione *post-base*.

2. Con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono stabiliti, con riferimento alla iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, allo stato giuridico dei dipendenti degli altri comparti del settore pubblico e privato e alla qualità e durata dei corsi e, se del caso, al possesso di una pluriennale esperienza professionale, i criteri e le modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari, di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione *post-base*, ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali. I criteri e le modalità definiti dal decreto di cui al presente comma possono prevedere anche la partecipazione ad appositi corsi di riqualificazione professionale, con lo svolgimento di un esame finale. Le disposizioni previste dal presente comma non comportano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato né degli enti di cui agli articoli 25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

3. Il decreto di cui al comma 2 è emanato, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

4. In fase di prima applicazione, il decreto di cui al comma 2 stabilisce i requisiti per la valutazione dei titoli di formazione conseguiti presso enti pubblici o privati, italiani o stranieri, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione *post-base* per i profili professionali di nuova istituzione ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni.

Data a Roma, addì 26 febbraio 1999.

SCLAFARO

D'Alema, Presidente del Consiglio dei Ministri
Bindi, Ministro della sanità

Visto, il Guardasigilli: Diliberto

Allegato 15

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 744

Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del Dietista

(Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 Gennaio 1995)

IL MINISTRO DELLA SANITÀ

VISTO l'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517;

RITENUTO che, in ottemperanza alle precitate disposizioni, spetta al Ministro della sanità di individuare con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili, relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione;

RITENUTO di individuare con singoli provvedimenti le figure professionali;

RITENUTO di individuare la figura del dietista;

VISTO il parere del Consiglio Superiore di Sanità, espresso nella seduta del 22 aprile 1994;

UDITO il parere del Consiglio di Stato espresso nella adunanza generale del 4 Luglio 1994;

VISTA la nota in data 13 settembre 1994 cui lo schema di regolamento è stato trasmesso ai sensi dell'art. 17, comma 3, della L. 23 agosto 1988, n. 400, al Presidente del Consiglio dei Ministri;

ADOTTA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

Art. 1

1. È individuata la figura professionale del dietista con il seguente profilo: il dietista è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente.

2. Gli specifici atti di competenza del dietista sono:

- a) organizza e coordina le attività specifiche relative all'alimentazione in generale e alla dietetica in particolare;
- b) collabora con gli organi preposti alla tutela dell'aspetto igienico sanitario del servizio di alimentazione;
- c) elabora, formula ed attua le diete prescritte dal medico e ne controlla l'accettabilità da parte del paziente;
- d) collabora con altre figure al trattamento multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare;
- e) studia ed elabora la composizione di razioni alimentari atte a soddisfare i bisogni nutrizionali di gruppi di popolazione e pianifica l'organizzazione dei servizi di alimentazione di comunità di sani e di malati;
- l) svolge attività didattico-educativa e di informazione finalizzate alla diffusione di principi di alimentazione corretta tale da consentire il recupero e il mantenimento di un buono stato di salute del singolo, di collettività e di gruppi di popolazione.

3. Il dietista svolge la sua attività professionale in strutture pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.

Art. 2

1. Con decreto del Ministero della Sanità è disciplinata la formazione complementare post-base in relazione a specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale.

Art. 3

1. Il diploma universitario di dietista, conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione.

Art. 4

1. Con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'articolo 3 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare.

Roma, lì 14 Settembre

IL MINISTRO

Allegato 16

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

Riordino disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 legge 23.10.92 n. 421

(Gazzetta Ufficiale n. 305 del 30 dicembre 1992 – S.O.)

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

VISTI gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

VISTO l'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;

VISTA la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 1° dicembre 1992;

ACQUISITO il parere delle commissioni permanenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 23 dicembre 1992;

SULLA PROPOSTA del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro;

EMANA IL SEGUENTE DECRETO LEGISLATIVO

Titolo I ordinamento

Art. 1

Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza

1 . Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del servizio sanitario nazionale nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sono stabiliti con il piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al servizio sanitario nazionale. Il piano sanitario nazionale è predisposto dal governo, sentite le commissioni parlamentari permanenti competenti per la materia, che si esprimono entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto.

Il governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato, ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome. Ove l'intesa con la conferenza non intervenga entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto, il governo provvede direttamente.

2 . Il piano sanitario nazionale, che ha durata triennale, è adottato dal governo entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente. Il piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio, con la procedura di cui al precedente comma, anche per quanto riguarda i limiti e i criteri di erogazione delle prestazioni e le eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti in relazione alle risorse stabilite dalla legge finanziaria.

3 . Il piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 è adottato entro il 31 luglio 1993.

4 . Il piano sanitario nazionale indica:

A) le aree prioritarie di intervento anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione;

B) i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione;

C) i progetti-obiettivo da realizzare anche mediante la integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, fermo restando il disposto dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, in materia di attribuzione degli oneri relativi;

D) le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, orientata anche alla sanità pubblica veterinaria, alle funzioni gestionali ed alla valutazione dei servizi e delle attività svolte;

E) gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale.

5 . Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione del piano sanitario nazionale, adottano o adeguano con le modalità previste dai rispettivi statuti, i piani sanitari regionali, uniformandoli alle indicazioni del piano sanitario nazionale, e definendo i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione.

6 . La relazione sullo stato sanitario del paese espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal piano sanitario nazionale e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione.

Art. 2

Programmazione sanitaria e indirizzi delle regioni

Le linee dell'organizzazione dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute, i criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie, rientrano nella competenza delle regioni.

Art. 3

Organizzazione delle unità sanitarie locali

1 . L'unità sanitaria locale è azienda e si configura come ente strumentale della regione, dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali.

2 . L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale.

3 . L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali per conto degli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con contabilità separata. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

4 . Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma.

5 . Le regioni disciplinano, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro, sentite le province interessate:

A) la riduzione delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione può prevedere ambiti territoriali di estensione diversa;

B) l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti;

C) i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali;

D) il finanziamento delle unità sanitarie locali;

E) le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali;

F) è fatto divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;

2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di fondo sanitario regionale di parte corrente di competenza.

6 . Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale.

Il direttore generale è nominato, previo specifico avviso da pubblicare nella gazzetta ufficiale della repubblica italiana, dal presidente della giunta regionale, su conforme delibera della giunta medesima, tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il ministero della sanità di cui al comma 10. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale. Scaduto tale termine, qualora il presidente della giunta regionale non vi abbia provveduto, la nomina del direttore generale è effettuata dal ministro della sanità con proprio decreto.

L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale.

Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del presidente del consiglio dei ministri, su proposta dei ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali.

Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, il presidente della giunta della regione, su conforme delibera della giunta, risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale. In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il consiglio dei ministri su proposta del ministro della sanità.

7 . Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario sono assunti con provvedimento motivato del direttore generale. Al rapporto di lavoro si applica la disciplina di cui al comma 6. Essi cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati. Per gravi motivi, il direttore amministrativo ed il direttore sanitario possono essere sospesi o dichiarati decaduti dal direttore generale con provvedimento motivato.

Il direttore sanitario è un medico in possesso della idoneità nazionale di cui all'articolo 17 che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle ma-

terie di competenza. Le regioni disciplinano le funzioni del coordinatore dei servizi sociali in analogia alle disposizioni previste per i direttori sanitario e amministrativo.

Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8 . Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dall'interessato. Qualora il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto.

9 . Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale, con le unità sanitarie locali o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con le stesse. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi e ai direttori sanitari.

10 . Il ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da una commissione nominata con decreto del presidente del consiglio dei ministri, su proposta del ministro della sanità, e composta da un magistrato del consiglio di stato con funzioni di presidente di sezione, che la presiede, dal direttore generale della direzione generale del ministero della sanità che cura la tenuta dell'elenco e da altri cinque membri, individuati tra soggetti estranei all'amministrazione statale e regionale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, rispettivamente uno dal presidente del consiglio dei ministri, uno dal CNEL, uno dal ministro della sanità e due dal presidente della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome. Nella provincia autonoma di Bolzano e nella regione Valle d'Aosta i direttori generali sono individuati tra gli iscritti in apposito elenco, rispettivamente provinciale e regionale, predisposto da una commissione nominata dal presidente della provincia autonoma di Bolzano e della regione Valle d'Aosta ed i cui membri sono nominati con le stesse modalità previste per la commissione nazionale. Gli elenchi sono predisposti nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e, per la provincia autonoma di Bolzano, di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. I predetti elenchi provinciale e regionale sono costituiti con l'osservanza dei principi e dei criteri fissati per gli elenchi nazionali ed hanno validità limitata ai territori provinciale e regionale.

La commissione provvede alla costituzione ed all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere, a domanda, i candidati che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati

requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello dell'iscrizione.

11 . Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

1) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;

2) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;

3) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'articolo 15 della legge 3 agosto 1988, n. 327, e dall'articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n. 55;

4) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12 . Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro dieci giorni dalla richiesta. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13 . Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla regione, uno designato dal ministro del tesoro, scelto tra i funzionari della ragioneria generale dello stato ed uno designato dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali. Il predetto collegio è integrato da altri due membri, dei quali uno designato dalla regione ed uno designato dal ministro del tesoro scelto tra i funzionari della ragioneria generale dello stato, per le unità sanitarie locali il cui bilancio di previsione comporti un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi. I revisori, ad eccezione della rappresentanza del ministero del tesoro, sono scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'articolo 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, il ministro della sanità, su segnalazione del commissario del governo, provvede a costituirlo in via straordinaria con due funzionari designati dal ministro del tesoro e un funzionario designato dal predetto commissario del governo. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario.

L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.

Il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento. Il collegio accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al diret-

tore generale sull'andamento dell'unità sanitaria locale. I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo.

14 . Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio di previsione ed il conto consuntivo e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione.

Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di sette componenti nominati dalla stessa conferenza. Dette funzioni non sono delegabili.

Art. 4

Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri

1 . Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della conseguente individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto al comma 2. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto il ministro della sanità, sulla base delle indicazioni pervenute dalle regioni e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al consiglio dei ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera.

Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del consiglio dei ministri, le regioni costituiscono in azienda con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica i predetti ospedali. Le regioni costituiscono altresì in aziende ospedaliere con le medesime caratteristiche di autonomia, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza. Con le stesse procedure si provvede alla costituzione in aziende di ulteriori ospedali, dopo la prima attuazione del presente decreto.

Gli ospedali costituiti in azienda ospedaliera hanno gli stessi organi previsti per l'unità sanitaria locale, nonché il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il consiglio dei sanitari con le stesse attribuzioni indicate nell'articolo 3. Nel consiglio dei sanitari è garantita la presenza dei responsabili di dipartimento, ferma restando la composizione prevista dall'articolo 3, comma 12. La gestione delle aziende ospedaliere è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

2 . Possono essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che dispongono di tutte le seguenti caratteristiche:

A) presenza di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specificazioni fornite nel decreto del ministro della sanità del 29 gennaio 1992, emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Il consiglio dei ministri, su proposta del ministro della sanità, sentito il consiglio superiore di sanità e la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime;

B) organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità.

3 . Sono ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione i policlinici universitari, che devono essere inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al decreto del presidente della repubblica 27 marzo 1992, nonché i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico, delle facoltà di medicina e chirurgia, e, a richiesta dell'università, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università.

4 . Possono essere costituiti in azienda gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, dotati del dipartimento di emergenza come individuato ai sensi dell'articolo 9 del decreto del presidente della repubblica del 27 marzo 1992, pubblicato nella gazzetta ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, e che siano, di norma, dotati anche di eliporto.

5 . I policlinici universitari sono aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell'università determina, su proposta della facoltà di medicina, le modalità organizzative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai principi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera. La gestione dei policlinici universitari è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

6 . I presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina, costituiti in aziende ospedaliere, si dotano del modello gestionale secondo quanto previsto dal presente decreto per le aziende ospedaliere; il direttore generale è nominato d'intesa con il rettore dell'università. La gestione dell'azienda deve essere informata anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano. L'università e l'azienda stabiliscono i casi per i quali è necessaria l'acquisizione del parere della facoltà di medicina per le decisioni che si riflettono sulle strutture universitarie. Nella composizione del consiglio dei sanitari deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.

7 . Le regioni, nell'ambito delle proprie competenze, disciplinano entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto le modalità di finanziamento delle aziende sulla base dei seguenti principi:

a) prevedere l'attribuzione da parte della regione di una quota del fondo sanitario destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione, determinata nella percentuale non inferiore al 30% e non superiore all'80% dei costi complessivi delle prestazioni che l'azienda è nelle condizioni di erogare, rilevabile sulla base della contabilità;

b) prevedere gli introiti derivanti dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalla regione all'atto della costituzione in azienda tenuto conto del costo delle prestazioni medesime e della quota già finanziata di cui alla lettera

a) nonché dei criteri fissati ai sensi dell'articolo 8, comma 6;

c) prevedere le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini, gli introiti connessi all'esercizio dell'attività libero professionale dei diversi operatori ed i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento;

d) prevedere i lasciti, le donazioni e le rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda, ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni.

8 . Le aziende ospedaliere, incluse quelle di cui al comma 5, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte della giunta regionale e la revoca dell'autonomia aziendale.

9 . Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpate ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'articolo 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, su delega del direttore sanitario dell'unità sanitaria locale, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni gestionali e di coordinamento amministrativo, su delega rispettivamente del direttore generale e del direttore amministrativo dell'unità sanitaria locale.

A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.

10 . Le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412,

correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti, ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti.

All'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende di cui al presente articolo sono riservati spazi adeguati, da reperire entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 6% e non superiore al 12% dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento. I direttori generali delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e, fino al loro insediamento, gli amministratori straordinari pro tempore, nonché le autorità responsabili delle aziende di cui al comma 5, sono direttamente responsabili dell'attuazione di dette disposizioni.

In caso di inosservanza la regione adotta i conseguenti provvedimenti sostitutivi. In caso di assoluta impossibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti, previa autorizzazione della regione, anche mediante convenzioni con case di cura o altre strutture sanitarie, pubbliche o private. Le convenzioni sono limitate al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche e comunque non possono avere durata superiore ad un anno e non possono essere rinnovate. Il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera delle stesse, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero professionale, di una somma forfettaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi.

In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132 e al decreto del presidente della repubblica 27 marzo 1969, n. 128, nonché le disposizioni del decreto del presidente della repubblica 27 marzo 1969, n. 129 in contrasto con le norme del presente decreto.

11 . I posti letto da riservare, ai sensi del comma 10 per la istituzione di camere a pagamento nonché quelli ascritti agli spazi riservati all'esercizio della libera professione intramuraria, non concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dall'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

12 . Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'Ospedale Galliera di Genova, l'ordine mauriziano e gli istituti ed enti che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli articoli 40, 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, fermo restando che l'apporto dell'attività dei suddetti presidi ospedalieri al servizio sanitario nazionale è regolamentato con le modalità previste dal presente articolo. I regolamenti del personale dei predetti presidi sono adeguati ai principi del presente decreto e a quelli dei cui all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e sono approvati con decreto del ministro della sanità.

13 . I rapporti tra l'Ospedale Bambino Gesù, appartenente alla santa sede, le strutture del sovrano militare ordine di malta ed il servizio sanitario nazionale, relativamente all'attività assistenziale, sono disciplinati da appositi accordi da stipularsi rispettivamente tra la santa sede, il sovrano militare ordine di malta ed il governo italiano.

Art. 5

Patrimonio e contabilità

1 . Nel rispetto della normativa regionale vigente, tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi quelli da reddito, e le attrezzature che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, fanno parte del patrimonio dei comuni con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali, sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; sono parimenti trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali i beni di cui all'articolo 65, primo comma - come sostituito dall'articolo 21 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito con modificazioni dalla legge 11 novembre 1983, n. 638 - della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2 . I trasferimenti di cui al presente articolo sono effettuati con decreto del presidente della giunta regionale. Tale decreto costituisce titolo per l'apposita trascrizione dei beni,

che dovrà avvenire con esenzione per gli enti interessati di ogni onere relativo a imposte e tasse.

3 . Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano ad oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

4 . Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto le regioni provvedono ad emanare norme per la gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nel rispetto dei seguenti principi:

A) prevedere l'adozione di un documento di piano che contenga le scelte e gli obiettivi che si intendono perseguire;

B) prevedere l'adozione del bilancio pluriennale di previsione che comprenda, per ogni esercizio di riferimento, la previsione dei costi e dei ricavi di gestione. Il bilancio pluriennale evidenzia altresì gli investimenti previsti indicando anche le modalità di copertura e i riflessi previsti sui costi e ricavi di esercizio;

C) prevedere l'adozione, entro il 15 ottobre di ciascun esercizio, coincidente con l'anno solare, di un bilancio preventivo economico annuale in pareggio, relativo all'esercizio successivo, secondo i livelli uniformi di assistenza sanitaria; il bilancio economico preventivo deve essere altresì riclassificato coerentemente con i principi di contabilità pubblica al fine di rappresentare le previsioni di competenza e di cassa delle entrate e delle spese;

D) prevedere la destinazione dell'eventuale utile e le modalità di copertura delle eventuali perdite di esercizio;

E) prevedere che il finanziamento delle spese relativamente agli investimenti sia assicurato con:

le quote assegnate sul fondo sanitario nazionale in conto capitale;

i fondi all'uopo accantonati;

l'utilizzazione di altre fonti di autofinanziamento;

i contributi in conto capitale dello stato, delle regioni e di altri enti pubblici;

ricorso a mutui e ad altre forme di credito con le modalità di cui all'articolo 3, comma 5, lettera f), punto 2;

F) prevedere l'adozione della contabilità analitica, avente la finalità di supportare le attività di controllo di gestione, con separata rilevazione delle attività degli eventuali presidi ospedalieri;

G) prevedere la tenuta delle seguenti scritture obbligatorie:

il libro giornale;

il libro degli inventari;

il libro delle deliberazioni;

il libro delle adunanze e dei verbali del collegio dei revisori dei conti;

H) prevedere la trasmissione alla regione ed ai ministeri competenti di un rendiconto trimestrale, sottoscritto dal direttore generale e dal direttore amministrativo, di riclassificazione finanziaria, redatto secondo le modalità previste dalle vigenti normative e dal quale risultino:

le previsioni delle entrate e delle spese di competenza;

i crediti e i debiti di bilancio distinti tra esercizio in corso ed esercizi precedenti;

le riscossioni, i pagamenti ed il fondo di cassa distinti tra esercizio in corso ed esercizi precedenti;

I) prevedere, a partire dal 1 gennaio 1994, l'attivazione del nuovo sistema di rilevazione contabile previo esperimento per un periodo di un anno in cui esso viene affiancato alla vigente contabilità finanziaria.

5 . Per conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto è predisposto, tenuto conto dell'esigenza di consolidamento dei conti pubblici e dell'informatizzazione da finalizzare anche agli adempimenti di cui all'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni ed integrazioni, apposito schema, con decreto interministeriale emanato d'intesa fra i ministri del tesoro e della sanità. Per l'evidenziazione delle spese del

personale si provvede secondo le disposizioni emanate ai sensi dell'articolo 2, lettera h) della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Art. 6

Rapporti tra servizio sanitario nazionale ed università

1 . Le regioni stipulano specifici protocolli d'intesa con le università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario delle facoltà di medicina, nel rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche. Le università contribuiscono, per quanto di competenza, alla elaborazione dei piani sanitari regionali. La programmazione sanitaria, ai fini dell'individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, deve tener conto della presenza programmata delle strutture universitarie. Le università e le regioni possono, di intesa, costituire policlinici universitari, mediante scorporo e trasferimento da singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie o ospedaliere, accorpandole in stabilimenti omogenei tenendo conto delle esigenze della programmazione regionale. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati, ove necessario, con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere e le unità sanitarie locali interessate.

2 . Per soddisfare le specifiche esigenze del servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del servizio sanitario nazionale, le università, le regioni, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione.

Ferma restando la disciplina di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, sulla formazione specialistica, nelle scuole di specializzazione attivate presso le predette strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo n. 257/91, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1. Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, tenendo anche conto delle esigenze conseguenti alle disposizioni sull'accesso alla dirigenza di cui all'articolo 15 del presente decreto. Il diploma di specializzazione conseguito presso le predette scuole è rilasciato a firma del direttore della scuola e del rettore dell'università competente. Sulla base delle esigenze di formazione e di prestazioni rilevate dalla programmazione regionale, analoghe modalità per l'istituzione dei corsi di specializzazione possono essere previste per i presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, le cui strutture siano in possesso dei requisiti di idoneità previsti dall'articolo 7 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257.

3 . A norma dell'articolo 1, lettera o), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera. Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con decreto del ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il ministro della sanità. Per tali finalità le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le istituzioni private accreditate e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'articolo 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I diplomi conseguiti presso le predette scuole sono rilasciati a firma del responsabile delle medesime e del rettore dell'università competente. I corsi di studio previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, sono soppressi entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado. Ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti

che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado.

4 . In caso di mancata stipula dei protocolli di intesa di cui al presente articolo, entro centoventi giorni dalla costituzione delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, previa diffida, gli accordi sono stipulati dal ministro delle sanità e dal ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentite le istituzioni interessate di cui al comma 1. I predetti ministri forniscono congiuntamente gli indirizzi per la corretta applicazione degli accordi.

5 . Nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia il personale laureato medico di ruolo, in servizio alla data del 31 ottobre 1992, delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria, svolge anche le funzioni assistenziali.

Art. 7

Presidi multizonali di prevenzione

1 . La legge regionale attribuisce la gestione dei presidi multizonali di prevenzione ad un apposito organismo per la prevenzione, unico per tutto il territorio regionale, costituito secondo i principi di cui all'articolo 3, comma 1, e nei termini di cui al comma 5 dello stesso articolo. Per le specifiche funzioni allo stesso attribuite il direttore sanitario dell'organismo, in deroga a quanto previsto all'articolo 3, è denominato direttore tecnico sanitario ed è un laureato appartenente al ruolo sanitario o professionale. Il consiglio dei sanitari assume la denominazione di consiglio dei sanitari e dei tecnici ed è costituito da laureati del ruolo sanitario e professionale, nonché da una rappresentanza del restante personale tecnico.

2 . Al fine di assicurare indirizzi omogenei ai controlli ed alla prevenzione nonché di pervenire ad una idonea strumentazione e dotazione tecnica su tutto il territorio regionale, le regioni riorganizzano gli attuali presidi multizonali di prevenzione secondo i seguenti principi e criteri:

A) definire l'ambito territoriale dei presidi multizonali di prevenzione, di norma su base provinciale;

B) riorganizzare i presidi multizonali di prevenzione su base dipartimentale articolandoli in almeno due sezioni, delle quali una per la prevenzione ambientale, che svolgono, in ragione delle specifiche competenze, anche funzione di consulenza e di supporto del ministero della sanità e del ministero dell'ambiente;

C) attribuire ai dipartimenti di cui alla lettera b), secondo il criterio di ripartizione in sezioni, le funzioni di coordinamento tecnico dei servizi delle unità sanitarie locali di cui alla lettera e), nonché di consulenza e supporto a comuni, province e altre amministrazioni pubbliche;

D) prevedere che i dipartimenti di cui alla lettera b) svolgano attività di analisi sulla base dei programmi regionali ovvero a richiesta dei soggetti di cui alle lettere b) e c) nonché su richiesta delle unità sanitarie locali;

E) riorganizzare gli attuali servizi delle unità sanitarie locali che svolgono le funzioni previste dagli articoli 16, 20, 21 e 22 della legge n. 833/78, fatte salve le competenze attribuite dalla legge ad altre autorità, in un apposito dipartimento per la prevenzione;

F) articolare il dipartimento di cui alla lettera e) almeno nei seguenti servizi:

1) prevenzione ambientale;

2) igiene degli alimenti;

3) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

4) igiene e sanità pubblica;

5) veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

3 . I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i dipartimenti di prevenzione e gli istituti zooprofilattici per il coordinamento tecnico delle attività di sanità pubblica veterinaria.

4 . Le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione delle normative comunitarie e degli organismi internazionali sono assicurate congiuntamente dal ministero della sanità e dal ministero dell'ambiente che si avvalgono, per gli aspetti di competenza, dell'istituto superiore di sanità, dell'istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, degli istituti di ricerca del CNR e dell'ENEA, e degli istituti zooprofilattici sperimentali.

5 . I dipartimenti di prevenzione, tramite la regione, acquisiscono dall'istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dall'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro. L'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro garantisce la trasmissione delle anzidette informazioni anche attraverso strumenti telematici.

Titolo II - Prestazioni

Art. 8

Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

1 . Il rapporto tra il servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

A) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

B) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la riconsiderazione della scelta da parte del medico quando ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;

C) prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero;

D) prevedere che l'accertato e non dovuto pagamento anche parziale da parte dell'assistito delle prestazioni previste in convenzione comporta il venir meno del rapporto con il servizio sanitario nazionale;

E) concordare, unitamente anche alle organizzazioni sindacali delle categorie di guardia medica e dei medici di medicina dei servizi, i compiti e le prestazioni da assicurare in base ad un compenso capitaro per assistito definendo gli ambiti rimessi ad accordi di livello regionale, i quali dovranno garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche attraverso forme gradualistiche di associazionismo medico, e prevedere, altresì, le prestazioni da assicurare con pagamento in funzione delle prestazioni stesse;

F) definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione, e una quota variabile in funzione delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale;

G) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che nell'arco di un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto l'accesso medesimo sia consentito a tutti i medici forniti dell'attestato di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256 o titolo equipollente ai sensi del predetto decreto.

L'anzidetto attestato non è richiesto per i medici incaricati di guardia medica e per i medici titolari di incarico ai sensi del decreto del presidente della repubblica 14 febbraio 1992, n. 218, che siano in servizio alla data del 31 dicembre 1992;

H) prevedere la cessazione degli istituti normativi previsti dalla vigente convenzione, riconducibili direttamente o indirettamente al rapporto di lavoro dipendente.

2 . Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'articolo 4, comma

9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

A) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica di cui al prontuario terapeutico nazionale per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico chirurgici e altri prodotti sanitari nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

B) per il servizio di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito e nei limiti del prezzo fissato per i farmaci dai provvedimenti del cip e per gli altri prodotti dai relativi tariffari. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiore a quelli legali;

C) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché la individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b), e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

3 . Gli ordini ed i collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi ed ai collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli ordini o dai collegi sono decisi dalla commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4 . Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, a norma dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con atto di indirizzo e coordinamento emanato d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome, sentito il consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. Con il medesimo provvedimento sono fissati i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati ed i criteri per l'aggiornamento dei suddetti requisiti minimi, nonché per la classificazione dei presidi e delle strutture in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili e per le attività obbligatorie in materia di controllo della qualità delle prestazioni. La disciplina di cui al presente comma si applica anche alle corrispondenti strutture pubbliche.

5 . L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini la erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende di cui all'articolo 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, ad integrazione delle strutture pubbliche, e dei professionisti con i quali intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Ferma restando la facoltà di libera scelta del presidio o del professionista erogante da parte dell'assistito, l'erogazione delle prestazioni di cui al presente comma è subordinata all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del servizio sanitario nazionale dal medico di fiducia dell'interessato. Nell'attuazione delle previsioni di cui al presente comma sono tenute presenti le specificità degli organismi di volontariato e di privato sociale non a scopo di lucro.

6 . Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del ministro della sanità, sentita la federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri ordini e collegi competenti, d'intesa con la conferenza per-

manente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui al comma 5 erogate in forma diretta.

Ove l'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e province autonome non intervenga entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, il ministro della sanità provvede direttamente.

7 . Fermo restando quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, entro il 31 dicembre 1993, le regioni e le unità sanitarie locali adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Agli eventuali oneri derivanti dalla cessazione dei rapporti convenzionali vigenti si fa fronte in via prioritaria con appositi accantonamenti di quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente a decorrere dal 1994.

Art. 9

Forme differenziate di assistenza

1 . Al fine di assicurare ai cittadini una migliore qualità e libertà nella fruizione delle prestazioni, fermi restando i livelli uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 e la libera scelta del cittadino, le regioni possono prevedere, nell'ambito della programmazione regionale, in via graduale e sperimentale a partire dal 1 gennaio 1995, forme di assistenza differenziate per particolari tipologie di prestazioni, nonché le sperimentazioni gestionali previste dall'articolo 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e ne regolamentano l'attuazione fissando gli ambiti rimessi all'unità sanitaria locale. La conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

2 . Con decreto del ministro della sanità, di concerto con i ministri del tesoro e delle finanze, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome, sono determinate, per ciascun triennio di validità del piano sanitario nazionale, le quote di risorse destinabili per la gestione delle forme di assistenza differenziate di cui al comma 1 tenendo conto dei principi di solidarietà propri del servizio sanitario nazionale, e avendo riguardo all'obiettivo di garantire risultati di economicità. Con il medesimo decreto sono fissati i requisiti dei soggetti di cui al comma 3, lettera b) e i criteri per il trasferimento delle quote, avendo riguardo all'esigenza di costituzione di un fondo di garanzia in favore dei soggetti aderenti alle forme differenziate alimentato esclusivamente mediante prelievi dalle quote di risorse come sopra determinate.

3 . Le forme differenziate di assistenza possono consistere:

A) nel concorso alla spesa sostenuta dall'interessato per la fruizione della prestazione a pagamento;

B) nell'affidamento a soggetti singoli o consortili, ivi comprese le mutue volontarie, della facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predeterminate, con gli erogatori delle prestazioni del servizio sanitario nazionale modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali. L'adesione dell'assistito comporta la rinuncia da parte dell'interessato alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione.

4 . Le sperimentazioni gestionali di cui al comma 1 sono attuate attraverso convenzioni con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata di opere o servizi, motivando le ragioni di convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza e gli elementi di garanzia che supportano le convenzioni medesime. A tal fine la regione può dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.

Art. 10

Controllo di qualità

1 . Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi

informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, ed il servizio sanitario nazionale.

2 . Le regioni, nell'esercizio dei poteri di vigilanza di cui all'articolo 8, comma 4, e avvalendosi dei propri servizi ispettivi, verificano il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo alle prescrizioni relative alle attività di controllo della qualità delle prestazioni, e svolgono interventi programmati di valutazione della qualità dell'assistenza. Il ministro della sanità, nell'esercizio del potere di alta vigilanza, interviene avvalendosi dei propri uffici, dei nuclei antisofisticazioni, dell'arma dei carabinieri nonché del personale di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 1 febbraio 1989, n. 37.

3 . Con decreto del ministro della sanità, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome e sentite la federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri ordini e collegi competenti, sono stabiliti i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità. Il ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del paese, riferisce in merito alle verifiche dei risultati conseguiti, avvalendosi del predetto sistema di indicatori.

4 . Il ministro della sanità accerta, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di attuazione presso le regioni del sistema di controllo delle prescrizioni mediche mediante lettura ottica e delle commissioni professionali di verifica ed acquisisce il parere della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome in ordine alla eventuale attivazione dei poteri sostitutivi. Ove tale parere non sia espresso entro trenta giorni, il ministro provvede direttamente.

Titolo III - Finanziamento

Art. 11

Versamento contributi assistenziali

1 . I datori di lavoro tenuti, in base alla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto, a versare all'I.N.P.S. i contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale, provvedono, alle scadenze già previste, al versamento con separata documentazione degli stessi distintamente dagli altri contributi ed al netto dei soli importi spettanti a titolo di fiscalizzazione del contributo per le predette prestazioni.

2 . In sede di prima applicazione, nel primo trimestre 1993, i soggetti di cui al comma precedente continuano a versare i contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale con le modalità vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto.

3 . I datori di lavoro agricoli versano allo SCAU, con separata documentazione, i contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi alle scadenze previste dalla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto. Lo SCAU riversa all'I.N.P.S. i predetti contributi entro quindici giorni dalla riscossione. Per i lavoratori marittimi, fermo restando il disposto dell'ultimo comma dell'articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33, i rispettivi datori di lavoro versano, con separata documentazione, alle scadenze previste per i soggetti di cui al comma 1, i contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi, alle casse marittime che provvedono a riversarli all'I.N.P.S. entro quindici giorni dalla riscossione.

4 . Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale alle stesse scadenze previste per i soggetti di cui al precedente comma 1.

5 . I contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale dovuti sui redditi diversi da lavoro dipendente sono versati con le modalità previste dal decreto di attuazione dell'articolo 14 della legge 30 dicembre 1991, n. 413.

6 . I contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale sui redditi da pensione e da rendita vitalizia corrisposti da amministrazioni, enti, istituti, casse, gestioni o fondi di previdenza, per effetto di legge, regolamento e contratto o accordo collettivo di lavoro, sono versati, a cura dei predetti soggetti, entro la fine del bimestre successivo a quello di erogazione delle rate di pensione.

7 . Nella documentazione relativa al versamento dei contributi di cui ai commi 1 e 3, i datori di lavoro sono tenuti anche ad indicare, distinti per regione in base al domicilio fiscale posseduto dal lavoratore dipendente, al 1 gennaio di ciascun anno, il numero dei soggetti, le basi imponibili contributive e l'ammontare dei contributi. In sede di prima applicazione le predette indicazioni relative ai primi tre mesi del 1993 possono essere fornite con la documentazione relativa al versamento dei contributi effettuato nel mese di aprile 1993.

8 . Per il 1993 i soggetti di cui al comma 6 provvedono agli adempimenti di cui al precedente comma con riferimento al luogo di pagamento della pensione.

9 . I contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale e le altre somme ad essi connesse, sono attribuiti alle regioni in relazione al domicilio fiscale posseduto al 1 gennaio di ciascun anno dall'iscritto al servizio sanitario nazionale.

10 . Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, e gli enti di cui al comma 6, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale su appositi conti infruttiferi aperti presso la tesoreria centrale dello stato, intestati alle regioni. I contributi di cui al comma 5 sono fatti affluire sui predetti conti. I contributi di cui ai commi 1 e 3 sono accreditati dall'I.N.P.S. ai predetti conti. In sede di prima applicazione il versamento o l'accreditamento dei predetti contributi sui conti correnti infruttiferi delle regioni è effettuato con riferimento all'intero primo trimestre 1993. In relazione al disposto di cui al comma 2, l'I.N.P.S. provvede, entro il 30 giugno 1993, alla ripartizione fra le regioni dei contributi riscossi nel primo trimestre 1993. Ai predetti conti affluiscono altresì le quote del fondo sanitario nazionale. Con decreto del ministro del tesoro sono stabilite le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al presente comma.

11 . I soggetti di cui al precedente comma inviano trimestralmente alle regioni interessate il rendiconto dei contributi sanitari riscossi o trattenuti e versati sui c/c di tesoreria alle stesse intestati; in sede di prima applicazione il rendiconto del primo trimestre 1993 è inviato alle regioni con il rendiconto del secondo trimestre 1993; entro trenta giorni dalla data di approvazione dei propri bilanci consuntivi, ovvero per le amministrazioni centrali dello stato entro trenta giorni dalla data di presentazione al parlamento del rendiconto generale, i soggetti di cui al precedente comma inviano alle regioni il rendiconto annuale delle riscossioni o trattenute e dei versamenti corredato dalle informazioni relative al numero dei soggetti e alle correlate basi imponibili contributive.

12 . Al fine del versamento dei contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale non si applicano il comma 2 dell'articolo 63 del regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440, e l'articolo 17 del regio decreto 24 settembre 1940, n. 1949, e l'articolo 2 del regio decreto 24 settembre 1940, n. 1954.

13 . Le disposizioni di cui ai precedenti commi si applicano a decorrere dal 1 gennaio 1993.

14 . Per l'anno 1993 il ministro del tesoro è autorizzato a provvedere con propri decreti alla contestuale riduzione delle somme iscritte sul capitolo 3342 dello stato di previsione dell'entrata e sul capitolo 5941 dello stato di previsione della spesa del ministero del tesoro per importi pari ai contributi accreditati alle regioni dai soggetti di cui al precedente comma 9.

15 . Per l'anno 1993 il CIPE su proposta del ministro della sanità, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome nelle more di attuazione dei decreti di cui al comma precedente delibera l'assegnazione in favore delle regioni, a titolo di acconto, delle quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto dei contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale attribuiti a ciascuna delle regioni. Entro il mese di febbraio 1994 il CIPE con le predette modalità provvede all'assegnazione definitiva in favore delle regioni delle quote del fondo sanitario nazionale, parte corrente 1993, ad esse effettivamente spettanti. Il ministro del tesoro è autorizzato a procedere alle risultanti compensazioni a valere sulle quote del fondo sanitario nazionale, parte corrente erogata per l'anno 1994.

16 . In deroga a quanto previsto dall'articolo 5, comma 3, del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito con modificazioni nella legge 25 gennaio 1990, n. 8, le anticipazioni mensili che possono essere corrisposte alle unità sanitarie locali per i primi

sette mesi dell'anno 1993 sono riferite ad un terzo della quota relativa all'ultimo trimestre dell'anno 1992.

Art. 12

Fondo sanitario nazionale

1 . Il fondo sanitario nazionale di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle regioni.

2 . Una quota pari all'1% del fondo sanitario nazionale complessivo di cui al comma precedente, prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del ministero del tesoro e del ministero del bilancio per le parti di rispettiva competenza, è trasferita nei capitoli da istituire nello stato di previsione del ministero della sanità ed utilizzata per il finanziamento di:

1) attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da:

a) istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza;

b) istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza;

c) istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti;

d) istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria;

e) centri di ricerca per l'erogazione di attività sanitarie di alta specialità di eccellenza a rilievo nazionale ed internazionale;

2) iniziative centrali previste da leggi nazionali riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie.

3 . Il fondo sanitario nazionale, al netto della quota individuata ai sensi del comma precedente, è ripartito con riferimento al triennio successivo entro il 31 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del ministro della sanità, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome; la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, determinati ai sensi dell'articolo 1, con riferimento ai seguenti elementi:

A) popolazione residente;

B) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome;

C) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

4 . Il fondo sanitario nazionale assicura altresì quote di finanziamento destinate a:

A) riequilibrio a favore delle regioni con dotazione di servizi eccedenti gli standard di riferimento, da attuarsi nel corso del primo triennio di applicazione del presente decreto;

B) riequilibrio a favore delle regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche.

5 . Le quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel fondo comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, come parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Tali quote sono utilizzate esclusivamente per finanziare attività sanitarie.

Per le regioni a statuto speciale e le province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.

Art. 13

Autofinanziamento regionale

1 . Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello stato.

2 . Per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le regioni hanno facoltà, ad integrazione delle misure già previste dall'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali secondo le disposizioni di cui all'art. 1, comma 1, lettera i) della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

3 . Le regioni, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione parametrica dell'evoluzione della domanda delle specifiche prestazioni, possono prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti, nel rispetto dei principi del presente decreto.

Titolo IV - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

Art. 14

Diritti dei cittadini

1 . Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del servizio sanitario nazionale il ministro della sanità definisce con proprio decreto, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome, un sistema di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il ministro della sanità, d'intesa con il ministro dell'università e ricerca scientifica e tecnologica e con il ministro degli affari sociali, si avvale della collaborazione delle università, del consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

2 . Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

3 . Il ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità.

4 . Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale stru-

mento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

5 . Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza.

Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

6 . Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro il 30 giugno 1993.

7 . È favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, sulla base di quanto previsto dalla legge n. 266/91 e dalle leggi regionali attuative, senza oneri a carico del fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini.

8 . Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

Titolo V - Personale

Art. 15

Disciplina della dirigenza del ruolo sanitario

1 . La dirigenza del ruolo sanitario è articolata in due livelli.

2 . Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del primo livello sono attribuite le funzioni di supporto, di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del secondo livello sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio; spettano, in particolare, al dirigente medico appartenente al secondo livello gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici; al dirigente delle altre professioni sanitarie spettano gli indirizzi e le decisioni da adottare nei riguardi dei suddetti interventi limitatamente a quelli di specifica competenza.

3 . Al primo livello della dirigenza del ruolo sanitario si accede attraverso concorso pubblico al quale possono partecipare coloro che abbiano conseguito la laurea nel corrispondente profilo professionale, siano iscritti all'albo dei rispettivi ordini ed abbiano conseguito il diploma di specializzazione nella disciplina.

Il secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario è conferito quale incarico a coloro che siano in possesso dell'idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione di cui all'articolo 17. L'attribuzione dell'incarico viene effettuata, previo avviso da pubblicare nella gazzetta ufficiale della repubblica italiana, dal direttore generale in base alla graduatoria di una apposita commissione di esperti. La commissione è nominata dal direttore generale ed è composta dal direttore sanitario e da due esperti, di cui uno designato dalla regione tra i professori universitari ordinari della disciplina, ed uno designato dal consiglio dei sanitari tra i dirigenti di secondo livello della disciplina dipendenti dal servizio sanitario nazionale; in caso di mancata designazione da parte della regione e del consiglio dei sanitari entro trenta giorni dalla richiesta, la designazione è effettuata dal ministro della sanità su richiesta dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera. La commissione forma la graduatoria previo colloquio e valutazione del curriculum professionale degli interessati. Contestualmente alla nomina viene attribuito l'incarico che ha durata quinquennale, dà titolo a specifico trattamento economico ed è rinnovabile. Il rinnovo e il mancato rinnovo sono disposti con provvedimento motivato dal direttore generale previa verifica dell'espletamento dell'incarico con riferimento agli obiettivi affidati ed alle risorse attribuite.

La verifica è effettuata da una commissione nominata dal direttore generale e composta dal direttore sanitario e da due esperti scelti tra i dirigenti della disciplina dipendenti dal servizio sanitario nazionale e appartenenti al secondo livello dirigenziale, di cui uno designato dal consiglio dei sanitari e l'altro dal corrispondente ordine professionale, entrambi esterni all'unità sanitaria locale.

Il dirigente non confermato nell'incarico è destinato ad altra funzione con la perdita del relativo specifico trattamento economico; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del primo livello dirigenziale.

4 . Il personale appartenente alle posizioni funzionali apicali può optare in prima applicazione del presente decreto per il rapporto quinquennale rinnovabile di cui al comma precedente.

5 . Il personale che accede alle posizioni apicali dopo l'entrata in vigore del presente decreto è soggetto alla verifica di cui al comma 3.

Art. 16

Formazione

1 . La formazione medica di cui all'articolo 6, comma 2, implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, ivi comprese 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.

Art. 17

Regolamentazione esame di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione

1 . L'accesso al secondo livello dirigenziale, per quanto riguarda le categorie dei medici, veterinari, farmacisti, odontoiatri, biologi, chimici, fisici e psicologi, è riservato a coloro che siano in possesso di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione.

2 . L'esame per il conseguimento della idoneità nazionale è diretto ad accertare le capacità professionali, organizzative e di direzione del candidato e consiste nella effettuazione di prove teorico-pratiche nella specifica disciplina.

3 . Le prove consistono in test di domande a risposte multiple e soluzione di casi pratici simulati nelle materie attinenti le specifiche professionalità assegnati a ciascun candidato in via casuale. Le prove sono effettuate con l'utilizzazione diretta da parte dei candidati di appositi strumenti informatici che, in relazione alle risposte e alle soluzioni date, indichino contestualmente l'esito della prova ed il relativo punteggio.

4 . I criteri generali per la predisposizione e la valutazione dei test teorici e dei casi pratici simulati, che devono consentire la verifica, oltre che della professionalità posseduta

anche delle capacità organizzative e di direzione, sono stabiliti da una apposita commissione costituita presso il ministero della sanità e presieduta dal presidente del consiglio superiore di sanità o da un presidente di sezione del predetto consiglio da lui delegato. I test teorici e i casi pratici simulati nelle materie d'esame sono predisposti da apposite commissioni costituite presso il ministero della sanità con esperti di comprovata professionalità.

5 . Le idoneità nelle specifiche discipline per ciascuna categoria professionale, le procedure, le modalità di espletamento degli esami ed i requisiti di ammissione dei candidati, ivi compreso il curriculum professionale, sono fissati con decreto del ministro della sanità, sentito il consiglio superiore di sanità. Possono essere previste idoneità con accesso riservato a più categorie professionali.

6 . Il ministero della sanità, con unito bando nazionale da pubblicarsi nella gazzetta ufficiale, indice ogni due anni gli esami di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione per singole discipline. L'elenco dei candidati che hanno superato l'esame è pubblicato nella gazzetta ufficiale. Il ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco degli idonei, che è pubblicato annualmente nella gazzetta ufficiale.

7 . Fino a quando non sarà attivato il sistema di svolgimento degli esami in forma automatizzata, le modalità di espletamento sono stabilite con il decreto di cui al comma 5.

8 . Il possesso dell'idoneità nazionale conseguito secondo la normativa vigente in materia alla data di entrata in vigore del presente decreto costituisce titolo per l'esonero parziale dallo svolgimento dei test teorici negli esami di cui al comma 2, secondo criteri fissati a norma del comma 5. A tal fine sono previsti bandi nazionali riservati.

9 . Al personale in servizio presso le strutture e i presidi delle unità sanitarie locali, che sia titolare alla data di entrata in vigore del presente decreto di un posto di ruolo di posizione funzionale apicale può essere conferito in altra unità sanitaria locale o azienda ospedaliera un incarico di direzione corrispondente al posto di cui è titolare a prescindere dal possesso del requisito dell'idoneità prevista dal presente articolo.

10 . L'articolo 20 del decreto del presidente della repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, è abrogato; gli esami di idoneità già banditi e non ancora espletati alla data di entrata in vigore del presente decreto sono revocati.

11 . Fino all'espletamento degli esami previsti dal primo bando nazionale di cui al precedente comma 6, le idoneità conseguite secondo la vigente normativa sono valide ai fini dell'accesso al secondo livello dirigenziale.

Titolo VI - Norme finali e transitorie

Art. 18

Norme finali e transitorie

1 . Il governo, con atto regolamentare, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome, adegua la vigente disciplina concorsuale del personale del servizio sanitario nazionale alle norme contenute nel presente decreto ed alle norme emanate in applicazione dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, in quanto applicabili, prevedendo:

i requisiti specifici, compresi i limiti di età, per l'ammissione;

i titoli valutabili ed i criteri di loro valutazione;

le prove di esame;

la composizione delle commissioni esaminatrici;

le procedure concorsuali;

le modalità di nomina dei vincitori;

le modalità ed i tempi di utilizzazione delle graduatorie degli idonei.

2 . Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1 e salvo quanto previsto dal decreto legislativo di cui all'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, i concorsi continuano ad essere espletati secondo la normativa del decreto del presidente della repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e successive modificazioni ed integrazioni ivi compreso l'articolo 9 della legge 20 maggio 1985, n. 207. Per un quinquennio a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto nei concorsi pubblici per l'accesso alla posizione funzionale già corrispondente al decimo livello del ruolo sanitario il 40 per cento dei posti che si renderanno vacanti sono riservati al personale di ruolo della disci-

plina nella posizione funzionale corrispondente al nono livello in servizio presso la unità sanitaria locale o l'azienda ospedaliera che bandisce il concorso. Ai predetti concorsi i medici specialisti ambulatoriali di cui al decreto del presidente della repubblica 28 settembre 1990, n. 316, possono partecipare in deroga al requisito dell'età. Il personale collocato nella posizione funzionale corrispondente al decimo livello è inquadrato, in prima applicazione, nel primo livello dirigenziale; il personale collocato nella posizione funzionale corrispondente all'undicesimo livello è collocato nel secondo livello dirigenziale. Il personale di ruolo che resta in servizio con la qualifica di assistente medico è rappresentato, ai fini della contrattazione, nell'area dirigenziale medica.

3 . A decorrere dal 1 gennaio 1994, i concorsi per la posizione funzionale iniziale di ciascun profilo professionale del personale laureato del ruolo sanitario di cui al decreto del presidente della repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e successive modificazioni e integrazioni, per i quali non siano iniziate le prove di esame, sono revocati; a decorrere dalla stessa data non possono essere utilizzate le graduatorie esistenti per la copertura dei posti vacanti, salvo che per il conferimento di incarichi temporanei non rinnovabili della durata di otto mesi su autorizzazione della regione per esigenze di carattere straordinario. In mancanza di graduatorie valide, si applica l'articolo 9, comma 17 e seguenti della legge 20 maggio 1985, n. 207.

4 . Nelle pubbliche selezioni per titoli, di cui all'articolo 4 della legge 5 giugno 1990, n. 135, fermo restando il punteggio massimo previsto per il curriculum formativo e professionale dalle vigenti disposizioni in materia, è attribuito un punteggio ulteriore, di uguale entità massima, per i titoli riguardanti le attività svolte nel settore delle infezioni da hiv. I vincitori delle pubbliche selezioni sono assegnati obbligatoriamente nelle unità di diagnosi e cura delle infezioni da hiv e sono tenuti a permanere nella stessa sede di assegnazione per un periodo non inferiore a cinque anni, con l'esclusione in tale periodo della possibilità di comando o distacco presso altre sedi. Nell'ambito degli interventi previsti dall'articolo 1, comma 1, lettera c), della legge 5 giugno 1990, n. 135, le università provvedono all'assunzione del personale medico ed infermieristico ivi contemplato delle corrispondenti qualifiche delle aree tecnico-scientifica e sociosanitaria.

5 . Per quanto non previsto dal presente decreto le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere si adeguano ai principi stabiliti dal decreto legislativo emanato ai sensi dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

6 . Il ministro della sanità, con proprio decreto, disciplina l'impiego nel servizio sanitario nazionale di sistemi personalizzati di attestazione del diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa, prevedendo a tal fine anche l'adozione di strumenti automatici atti alla individuazione del soggetto ed alla gestione dell'accesso alle prestazioni.

7 . Restano salve le norme previste dai decreti del presidente della repubblica 31 luglio 1980, n. 616, n. 618, e n. 620, con gli adattamenti derivanti dalle disposizioni del presente decreto da effettuarsi con decreto del ministro della sanità di concerto con il ministro del tesoro, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome. A decorrere dal 1 giugno 1994 le entrate e le spese per l'assistenza sanitaria all'estero in base ai regolamenti della comunità europea e alle convenzioni bilaterali di sicurezza sociale sono imputate, tramite le regioni, ai bilanci delle unità sanitarie locali di residenza degli assistiti. I rapporti finanziari di cui al presente comma sono definiti in sede di ripartizione del fondo sanitario nazionale.

8 . Ferma restando la disciplina di cui all'articolo 6, comma 4, del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito con modificazioni dalla legge 14 novembre 1992, n. 438 in materia di determinazione del tetto massimo di spesa per la fruizione dell'assistenza farmaceutica nei confronti dei soggetti ivi contemplati, le regioni possono prorogare fino al 1 febbraio 1993 la decorrenza degli effetti della disciplina medesima.

Art. 19

Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome

1 . Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ai sensi degli statuti di autonomia e delle relative norme di attuazione.

Art. 20
Entrata in vigore

1 . Le disposizioni del presente decreto entrano in vigore a decorrere dal 1 gennaio 1993.

Il presente decreto, munito del sigillo dello stato, sarà inserito nella raccolta ufficiale degli atti normativi della repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 30 dicembre 1992

SCALFARO

Amato, Presidente del Consiglio dei Ministri
De Lorenzo, Ministro della Sanità
Barucci, Ministro del Tesoro

Visto, il Guardasigilli: Martelli

Allegato 17

Legge 23 Dicembre 1978, n. 833
Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale
(Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28 Dicembre 1978 – S.O.)

Estratto

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga la seguente legge:

Titolo I

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Capo I - Principi ed obiettivi

Art. 1

(I principi)

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

Art. 2

(Gli obiettivi)

Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:

- 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;
- 2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambiente di vita e di lavoro;
- 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
- 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
- 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medica;
- 7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;

8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:

- a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;
- b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;
- c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;
- d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;
- e) la tutela sanitaria delle attività sportive;
- f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;
- g) la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;
- h) la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo (1).

(1) Lettera abrogata dall'art. 1, D.P.R. 5 giugno 1993, n. 177 in esito a referendum popolare.

(... omissis ...)

“... ciò che ci vuole è la volontà di riuscire e il coraggio di cominciare ...”

Hammer e Champy, 1993