

CAMERA DEI DEPUTATI N. 5107

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SALUTE
(**SIRCHIA**)

DI CONCERTO CON IL MINISTRO PER GLI AFFARI REGIONALI
(**LA LOGGIA**)

CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
(**TREMONTI**)

E CON IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI
(**MARONI**)

Principi fondamentali in materia di Servizio sanitario nazionale

Presentato il 1° luglio 2004

ONOREVOLI DEPUTATI! — Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ha attribuito al direttore generale delle aziende sanitarie tutti i poteri di gestione; il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, ha poi accentuato tale potere monocratico anche su aspetti di preminente interesse sanitario.

Tale scelta, valida forse nella fase iniziale di trasformazione del sistema sanitario, ha determinato nel lungo periodo disfunzioni ed abusi. È emersa così l'esigenza, condivisa, anche se con diverse accentuazioni, da tutte le forze politiche e sindacali, di interventi per mitigare l'attuale potere del direttore generale e coinvolgere maggiormente i medici e gli altri

dirigenti sanitari, ora del tutto estromessi, nel governo delle attività cliniche e nelle scelte strategiche delle aziende sanitarie.

Le modifiche ai citati decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 229 del 1999 devono, comunque, tener conto delle sopravvenute modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione (legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3).

La « tutela della salute » e le « professioni » rientrano tra le materie appartenenti alla legislazione concorrente fra Stato e regioni. Anche la specifica materia dell'organizzazione dei servizi è compresa nel più ampio contesto di « tutela della salute » e delle « professioni » e, quindi, rientra fra le materie concorrenti.

La competenza statale in materia di rapporto di lavoro della dirigenza deve necessariamente tenere conto del fatto che le soluzioni adottate in materia di rapporto di lavoro finiscono inevitabilmente per condizionare l'organizzazione dei servizi di competenza concorrente regionale.

Conseguentemente, si è ritenuto opportuno ricorrere in via generale a principi fondamentali, in quanto sarebbe stato estremamente problematico enucleare i profili di competenza esclusiva dello Stato da quelli rientranti nella competenza concorrente.

Alla individuazione dei principi fondamentali desumibili dalla legislazione vigente si provvederà ai sensi dell'articolo 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131. In attesa dell'emanazione dei decreti legislativi di attuazione, la legge dello Stato può ovviamente stabilire nuovi principi.

Coerentemente con il nuovo riparto di competenze fra Stato e regioni, il provvedimento stabilisce alcuni principi fondamentali, ai quali si dovranno adeguare le leggi regionali.

I nuovi principi fondamentali, introdotti con il disegno di legge, tendono sostanzialmente, da una parte, ad assicurare, nelle scelte strategiche e di governo delle attività sanitarie, il diretto coinvolgimento dei medici e dei dirigenti sanitari e, dall'altra, ad assicurare maggiore trasparenza ed equità nel sistema di acquisizione delle risorse professionali sanitarie (selezioni) e nella valutazione dei dirigenti sanitari (verifiche).

Per raggiungere tale obiettivo strategico è previsto il rafforzamento e l'ulteriore sviluppo della funzione di governo clinico nelle aziende sanitarie, in generale, ed in quelle ospedaliere in particolare.

Il Governo e le regioni hanno concordato di definire le varie problematiche relative al governo clinico con una apposita intesa ai sensi del comma 6 dell'articolo 8 della legge n. 131 del 2003.

Il provvedimento prevede comunque che, fino all'emanazione della disciplina regionale attuativa della richiamata intesa, nei presidi ospedalieri in cui insistono le strutture o i servizi di alta specialità

elencate nel decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 26 del 1° febbraio 1992, il coordinamento clinico nel presidio è assicurato, senza ulteriori oneri a carico del bilancio aziendale, da un medico nominato, su proposta dei dirigenti sanitari responsabili di struttura complessa riuniti in apposito consesso, dal direttore generale tra i predetti dirigenti. Il responsabile del coordinamento clinico rimane titolare della struttura complessa cui è preposto e decade dalla funzione con il decadere del direttore generale.

Il coordinatore clinico, sentito il Collegio di direzione, cura la funzione di governo clinico ed elabora gli indirizzi sanitari sulle strategie assistenziali e sui percorsi diagnostici terapeutici per la sistematica revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici e alla eliminazione delle liste di attesa.

La presenza del coordinatore clinico (designato dai dirigenti di struttura complessa dell'azienda fra i dirigenti stessi) accentua il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei medici nel governo clinico dell'azienda.

Una ulteriore esigenza alla quale la predetta intesa Governo-regioni dovrà dare un congrua risposta, concerne i collegi tecnici di verifica delle attività professionali e dei risultati raggiunti da dirigenti sanitari.

La composizione dei collegi di verifica non è disciplinata dalla legge per cui varia da azienda ad azienda. L'intesa dovrà stabilire i criteri per la composizione dei collegi e per la designazione degli esperti a garanzia sia dei dirigenti sottoposti a verifica, sia delle stesse aziende.

In particolare è già previsto che i collegi di esperti devono essere composti da due esperti della disciplina con incarico e professionalità adeguati alla valutazione da effettuare; che nel collegio deve essere assicurata la presenza del dirigente sovraordinato; che per la valutazione di dirigenti apicali gli esperti devono essere estranei all'azienda ed, infine, che tutti gli

esperti devono essere designati dal Collegio di direzione.

Viene infine stabilito il principio che le funzioni igienico-organizzative restano attribuite a dirigenti medici con competenze in igiene, medicina preventiva e organizzazione sanitaria.

Fino all'emanazione delle leggi regionali i nuovi principi sono introdotti nell'ordinamento anche come disposizioni di immediata applicazione, ossia come disposizioni di modifica ed integrazione del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni, salva la possibilità per le regioni di disciplinare autonomamente la materia nel rispetto dei principi fondamentali.

Il provvedimento, fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, modifica alcune disposizioni del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni.

La prima modifica concerne la normativa sul conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, di cui all'articolo 15-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Tale normativa ha, infatti, determinato disfunzioni ed abusi.

In alcuni casi i direttori generali, eludendo l'obbligo dell'avviso pubblico, hanno provveduto ad attribuire direttamente incarichi di strutture complesse con scelte del tutto discrezionali, utilizzando illegittimamente lo strumento eccezionale previsto dall'articolo 15-septies del decreto legislativo n. 502 del 1992 per « l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico ».

In altri casi, pur nel rispetto formale della legge, hanno operato scelte arbitrarie fra i dirigenti genericamente riconosciuti idonei dalla apposita commissione di selezione, determinando così un grave pregiudizio non solo per i candidati con maggiori titoli professionali, ma anche un grave danno per la stessa azienda e per i cittadini assistiti.

Al riguardo è bene ricordare che la commissione di selezione è attualmente composta da tre membri di cui due direttamente riconducibili al direttore gene-

rale. Infatti il presidente della commissione (il direttore sanitario) è legato da un rapporto fiduciario con il direttore generale e uno degli altri due membri è individuato dallo stesso direttore generale. Il terzo membro è individuato dal Collegio di direzione.

La commissione di selezione, peraltro, non opera in base a criteri di valutazione prestabiliti in generale dalla legge, ma in base a criteri fissati, caso per caso, dalla commissione stessa.

Inoltre la commissione, così costituita e senza vincoli nella determinazione dei criteri di valutazione, non è tenuta a selezionare i migliori dei concorrenti, ma deve limitarsi ad individuare una rosa di candidati genericamente idonei, nell'ambito dei quali il direttore generale effettua poi la scelta in piena autonomia.

È evidente che tale sistema non assicura « il buon andamento e l'imparzialità dell'Amministrazione » e può legittimare scelte del tutto arbitrarie.

Le modifiche proposte all'articolo 15-ter sono dirette ad ovviare alle susseguite disfunzioni.

In particolare si sancisce il principio che la copertura dei posti di dirigente di struttura complessa deve avvenire « esclusivamente » previo avviso pubblico e quindi sempre con la procedura pubblica di selezione.

Si stabilisce, inoltre, il principio che la valutazione dei dirigenti è effettuata sui titoli professionali, scientifici e di carriera, nonché sulle attività di aggiornamento professionale continuo (ECM) effettuate e che la commissione deve procedere alla selezione di tre concorrenti con il migliore giudizio complessivo in base ai titoli posseduti. Il direttore generale ha facoltà di scelta nell'ambito della terna.

L'eventuale scelta fuori della terna deve essere specificamente e congruamente motivata con riferimento ai titoli posseduti.

Le modifiche proposte, pur lasciando al direttore generale la piena responsabilità della scelta, consentono di limitare gli abusi e le disfunzioni.

La seconda modifica concerne il Collegio di direzione delle aziende, previsto

dall'articolo 17 del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Il Collegio di direzione è il massimo organo tecnico-sanitario di consulenza del direttore generale. Fra l'altro il direttore generale deve avvalersi del Collegio per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria.

Tale organo, che avrebbe dovuto assicurare il coinvolgimento della dirigenza sanitaria su tutte le scelte a valenza sanitaria, di fatto è sostanzialmente ignorato dai direttori generali o coinvolto solo in alcuni provvedimenti, senza comunque possibilità di incidere minimamente sulle decisioni assunte.

La legge, infatti, si è limitata ad indicare genericamente le funzioni e le competenze del Collegio, senza sancire contestualmente alcun obbligo per il direttore generale di acquisire il parere sui relativi atti e provvedimenti rientranti nella competenza del Collegio.

La modifica che si propone stabilisce il principio che sugli atti relativi alle materie di competenza del Collegio di direzione deve essere acquisito il parere del Collegio e che ogni decisione del direttore generale, in contrasto con il parere del Collegio, deve essere adottata con provvedimento motivato.

Una ulteriore innovazione è quella che prevede che la nomina dei direttori di dipartimento clinici ospedalieri è fatta su proposta della maggioranza dei direttori delle strutture complesse costituenti il dipartimento, stabilendo altresì una specifica funzione amministrativa permanente di supporto per le responsabilità gestionali del direttore di dipartimento, già prevista dalla normativa vigente, ma, in molti casi, del tutto disattesa.

Il rafforzamento dei poteri del Collegio di direzione unitamente alla previsione del coordinatore clinico aziendale, designato dai dirigenti sanitari apicali dell'azienda, consentiranno di perseguire il duplice obiettivo di mitigare, da una parte, l'at-

tuale potere monocratico del direttore sugli aspetti clinici e d'interesse sanitario e di coinvolgere, dall'altra, i medici e i dirigenti sanitari, ora del tutto estromessi, nel governo delle attività cliniche e nelle scelte strategiche dell'azienda relative all'assistenza sanitaria, come più volte auspicato dalle stesse categorie sanitarie.

Inoltre, per perseguire gli obiettivi strategici del Piano sanitario nazionale di garantire la qualità dell'assistenza sanitaria e prestazioni sanitarie di alto livello, viene stabilito, con riferimento alle strutture ospedaliere private, che, con l'intesa di cui all'articolo 1, comma 1 lettera a), per l'attribuzione dell'incarico di dirigente medico responsabile dei servizi di diagnosi e cura dei presidi ospedalieri accreditati, i requisiti professionali sono identici a quelli richiesti per il personale delle strutture pubbliche.

Infine il disegno di legge, coerentemente con i nuovi indirizzi governativi in materia di età pensionabile, nel confermare l'attuale limite massimo di età per il collocamento a riposo del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale al compimento del sessantasettesimo anno di età, prevede che l'azienda può trattenere in servizio, anche di anno in anno, per particolari esigenze assistenziali, a domanda degli interessati, i dirigenti di struttura complessa fino al compimento del settantesimo anno di età.

Nei confronti del personale medico universitario è previsto che, nel caso in cui sia mantenuto in servizio dopo il compimento del settantesimo anno di età in base a disposizioni di stato giuridico della docenza universitaria, allo stesso può essere conferito esclusivamente, ai sensi del comma 4 dell'articolo 5 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, un incarico che implichi lo svolgimento delle attività assistenziali connesse all'attività didattica, ma non comporti l'attribuzione di responsabilità, e della connessa indennità, di direzione di struttura complessa, semplice o di programma.

RELAZIONE TECNICA

(Articolo 11-ter, comma 2, della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni).

Dal provvedimento non derivano ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato, delle regioni e delle aziende sanitarie. Infatti i contenuti in esso previsti hanno lo scopo di superare le disfunzioni verificatesi nella organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari, anche attraverso il coordinamento del governo delle attività cliniche.

Anche la possibilità di essere trattenuti in servizio fino al settantesimo anno di età di cui all'articolo 2, solo apparentemente determina maggiori costi per l'azienda, in quanto la retribuzione di un direttore di struttura complessa anziano è in astratto maggiore di quella di uno più giovane; se, al contrario, si considera che l'unico emolumento che (nel caso del dirigente di struttura complessa) fa la differenza è la retribuzione individuale di anzianità (RIA) si può senz'altro concludere che la norma è improduttiva di costi per la finanza pubblica, in quanto in base al contratto collettivo nazionale di lavoro dell'8 giugno 2000 relativo al II biennio, la RIA resta comunque assegnata al fondo (non determina cioè una riduzione della spesa complessiva).

ANALISI TECNICO-NORMATIVA

1. Aspetti tecnico-normativi in senso stretto.
 - A) *Analisi dell'impatto delle norme proposte sulla legislazione vigente e compatibilità con l'ordinamento comunitario.*

Il disegno di legge non apporta variazioni di ordine sostanziale alla legislazione vigente e non presenta alcun problema di compatibilità con l'ordinamento interno, né con l'ordinamento comunitario.

- B) *Analisi delle compatibilità con le competenze costituzionali delle regioni ordinarie ed a statuto speciale.*

Il provvedimento non incide sulla potestà legislativa delle regioni. Infatti, nel pieno rispetto del nuovo titolo V della parte seconda della Costituzione di cui all'articolo 117, terzo comma, nonché della legge 5 giugno 2003, n. 131, vengono previste disposizioni attinenti la materia della salute e delle professioni che rientrano nella legislazione concorrente tra Stato e regioni e si limitano a delineare una disciplina che richiede, per gli interessi indivisibili da tutelare, un assetto unitario (cosiddetti « principi fondamentali »), lasciando poi alle regioni le disposizioni precettive e di dettaglio.

2. Elementi di *drafting* e linguaggio normativo.
 - A) *Individuazione delle nuove definizioni normative introdotte dal testo. Verifica della correttezza dei riferimenti normativi contenuti nel progetto.*

Nel testo viene introdotto un nuovo principio, precisamente quello del governo clinico delle attività aziendali. I riferimenti normativi citati nel provvedimento risultano corretti anche per quanto riguarda la loro utilizzazione.

- B) *Ricorso alla tecnica della novella legislativa per introdurre modificazioni ed integrazioni a disposizioni vigenti.*

La tecnica normativa usata per introdurre nuove disposizioni è quella della normazione diretta e della novella.

3. Ulteriori elementi.

A) Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza costituzionale in materia e di eventuali giudizi di costituzionalità in corso.

Non sono stati rilevati giudizi di costituzionalità in merito ai contenuti del provvedimento proposto.

B) Verifica dell'esistenza di progetti di legge vertenti su materia analoga all'esame del Parlamento.

Non risultano all'esame del Parlamento disegni di legge vertenti su analoga materia.

ANALISI DELL'IMPATTO DELLA REGOLAMENTAZIONE (AIR)

A) Ambito dell'intervento; destinatari diretti e indiretti.

Il provvedimento, coerentemente con il nuovo riparto delle competenze tra Stato e regioni, che introduce principi fondamentali in materia, ha lo scopo sia di coinvolgere direttamente medici e sanitari nelle scelte strategiche e di governo delle attività sanitarie, sia di assicurare una maggiore trasparenza ed equità nel sistema delle selezioni delle risorse professionali mediche e delle verifiche dei dirigenti sanitari.

Pertanto, considerata l'impostazione del provvedimento, destinatari diretti dello stesso sono:

- 1) le regioni, che eserciteranno la loro funzione legislativa concorrente nell'ambito di principi fondamentali recati dall'articolo 1;
- 2) il Ministero della salute, in quanto è prevista un'apposita intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per individuare le forme più idonee per assicurare la funzione del governo clinico;
- 3) le aziende sanitarie;
- 4) la dirigenza sanitaria.

Destinatari indiretti sono invece tutte le unità di personale che operano nelle strutture sanitarie, nonché l'utenza. Infatti, il provvedimento in questione interviene sulla funzione di governo clinico, sugli indirizzi sanitari, sulle strategie assistenziali e sui percorsi diagnostici terapeutici. Quanto premesso inciderà in modo decisivo sul contenimento delle liste di attesa fino a giungere alla eliminazione delle stesse, a tutto vantaggio dei pazienti.

Altri destinatari diretti sono costituiti (articolo 2) dai direttori di strutture complesse che possono rimanere in servizio fino al settantesimo anno di età, nonché dai medici universitari.

B) Obiettivi e risultati attesi.

Obiettivo della disposizione, per quanto attiene la previsione recata nell'articolo 1, comma 1, è quello di perseguire, attraverso i principi di delega in esso contenuti, la verifica degli obiettivi istituzionali e l'individuazione di fini qualificanti e di nuovi meccanismi della partecipazione, attivando ed implementando in un ambito territoriale omogeneo un indispensabile salto di qualità, anche attraverso il coordinamento delle attività cliniche. Attraverso quanto rappresentato si intende pervenire ad una maggiore trasparenza ed equità nel sistema di acquisizione delle risorse professionali sanitarie e nella valutazione dei dirigenti sanitari, nonché alla eliminazione delle liste di attesa.

C) *Impatto diretto e indiretto sulla organizzazione e sulle attività delle pubbliche amministrazioni.*

Si evidenzia che l'impatto diretto sulle attività delle amministrazioni è meramente procedurale.

D) *Impatto sui destinatari diretti.*

Si richiamano al riguardo le considerazioni già svolte nel punto A).

E) *Impatto sui destinatari indiretti, stima degli effetti immediati e differiti della nuova normativa sulle varie categorie di soggetti interessati.*

Si richiamano a riguardo le considerazioni già svolte al punto A), con l'ulteriore precisazione che attraverso le previsioni contenute nel presente provvedimento non può che derivare un miglioramento dell'intero sistema in favore dei servizi resi all'utenza.

DISEGNO DI LEGGE

ART. 1.

(Principi fondamentali in materia di Servizio sanitario nazionale).

1. Le regioni disciplinano il rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria e l'organizzazione dei servizi delle aziende sanitarie in base ai principi fondamentali individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e successive modificazioni, nonché ai seguenti principi:

a) il governo delle attività cliniche, la programmazione, l'organizzazione, lo sviluppo e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie sono assicurati con il diretto coinvolgimento del Collegio di direzione dell'azienda; al fine di promuovere nelle aziende sanitarie, e prioritariamente nelle aziende ospedaliere, sedi di strutture e servizi di alta specialità, lo sviluppo della funzione di governo clinico e la conseguente adozione di programmi di miglioramento continuo della qualità e dell'efficienza delle prestazioni, il Governo e le regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, stipulano in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, una apposita intesa, anche per individuare le forme più idonee che assicurino una funzione permanente di coordinamento delle modalità e delle relative responsabilità attribuite in materia di governo clinico ai direttori di dipartimento;

b) con l'intesa di cui alla lettera a) si provvede, altresì, a garantire che le verifiche delle attività professionali siano ef-

fettuate da collegi tecnici, presieduti dal responsabile aziendale del coordinamento clinico e composti da esperti nelle relative discipline, estranei all'azienda, designati dal Collegio di direzione, garantendo la presenza del dirigente sovraordinato e del direttore sanitario aziendale;

c) le funzioni igienico-organizzative dei presidi ospedalieri restano affidate a direttori sanitari di presidio ospedaliero, con la specializzazione in igiene, medicina preventiva e organizzazione sanitaria o, in assenza, a un medico che abbia un'esperienza di cinque anni nei relativi servizi;

d) gli incarichi di dirigente di struttura complessa del ruolo sanitario sono conferiti esclusivamente previa selezione per avviso pubblico; le commissioni, presiedute dal responsabile del coordinamento clinico, valutano distintamente i titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati e individuano una terna dei migliori concorrenti, nell'ambito della quale il direttore generale effettua la scelta, salvo diversa motivata determinazione; qualora i candidati risultati idonei siano in numero minore di tre, la procedura di selezione può essere ripetuta per una sola volta prima di assegnare l'incarico;

e) con l'intesa di cui alla lettera *a)*, per l'attribuzione dell'incarico di dirigente medico responsabile dei servizi di diagnosi e cura delle strutture sanitarie private accreditate, i requisiti professionali sono identici a quelli richiesti al personale delle strutture pubbliche.

2. Fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, fino all'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e salva la potestà legislativa regionale da esercitare in base ai principi desumibili dalle leggi statali vigenti, al decreto legislativo 30 dicembre 1992,

n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 15-*ter*, comma 2, primo periodo, dopo le parole: « direttore generale, » è inserita la seguente: « esclusivamente, » e dopo la parola: « commissione » sono aggiunte le seguenti: « che terrà conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati, nonché dei crediti in attività di formazione continua relativi alla frequenza di corsi di educazione medica continua (ECM), maturati nel triennio precedente alla data del bando. La commissione procede all'individuazione dei migliori concorrenti in ragione del rispettivo giudizio complessivo. Il direttore generale ha facoltà di scelta fra i primi tre candidati selezionati dalla commissione; la procedura selettiva deve essere ripetuta almeno una volta se i candidati dichiarati idonei nella prima selezione sono in numero inferiore a tre. L'eventuale scelta fuori dalla terna deve essere specificamente e congruamente motivata con riferimento ai titoli posseduti dal candidato prescelto; su tale scelta deve essere acquisito il preventivo parere del Collegio di direzione »;

b) all'articolo 17 è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« 2-*ter*. Il Collegio di direzione formula parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le decisioni del direttore generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione sono adottate con provvedimento motivato »;

c) all'articolo 17-*bis* è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« 3-*bis*. Il direttore di dipartimento clinico ospedaliero è nominato dal direttore generale, su proposta della maggioranza dei direttori delle strutture complesse costituenti il dipartimento. L'organizzazione del dipartimento prevede una

funzione amministrativa dedicata all'esercizio della responsabilità di tipo gestionale di cui al comma 2, senza ulteriori oneri a carico del bilancio aziendale ».

3. Fino all'emanazione della disciplina regionale di cui al comma 1, nei presidi ospedalieri in cui insistono le strutture o i servizi di alta specialità elencate nel decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 26 del 1° febbraio 1992, il coordinamento clinico nel presidio è assicurato, senza ulteriori oneri a carico del bilancio aziendale, da un medico nominato, su proposta dei dirigenti sanitari responsabili di struttura complessa riuniti in apposito consesso, dal direttore generale tra i predetti dirigenti. Il responsabile del coordinamento clinico rimane titolare della struttura complessa cui è preposto e decade dalla funzione con il decadere del direttore generale.

ART. 2.

(Limiti di età).

1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i direttori di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fermo restando quanto previsto dall'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, e successive modificazioni.

2. Le aziende sanitarie, per particolari esigenze assistenziali, possono trattenere in servizio, previo assenso dell'interessato, i direttori di struttura complessa fino al compimento del settantesimo anno di età.

3. Il personale medico universitario di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, e successive modificazioni, con incarico di direttore di struttura complessa, svolge le ordinarie attività assistenziali fino al compimento del settantesimo anno di età, ivi compreso il biennio di proroga di cui all'articolo 16 del decreto

legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, e successive modificazioni. In caso sia mantenuto in servizio dopo il compimento del settantesimo anno di età in base a disposizioni di stato giuridico della docenza universitaria, al personale è conferito, ai sensi del comma 4 dell'articolo 5 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, un incarico che implica lo svolgimento delle attività assistenziali connesse all'attività didattica, ma non comporta l'attribuzione di responsabilità, e della connessa indennità, di direzione di struttura complessa, semplice o di programma.

PAGINA BIANCA

€ 0,60



14PDL0061510