



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori Ignazio MARINO, FINOCCHIARO, ZANDA, LATORRE, CASSON, ADAMO, ADRAGNA, AMATI, ANDRIA, BASSOLI, BIANCO, BIONDELLI, CARLONI, CAROFIGLIO, CECCANTI, CHIAROMONTE, COSENTINO, D’AMBROSIO, DE LUCA, DE SENA, DEL VECCHIO, DELLA MONICA, DI GIOVAN PAOLO, Marco FILIPPI, FIORONI, FISTAROL, FONTANA, Vittoria FRANCO, GARRAFFA, GASBARRI, GHEDINI, GRANAIOLO, ICHINO, LEGNINI, LUSI, Mauro Maria MARINO, MARITATI, MAZZUCONI, MICHELONI, MOLINARI, MORRI, MUSI, NEGRI, NEROZZI, PASSONI, PERDUCA, PIGNEDOLI, PORETTI, PROCACCI, RANUCCI, ROILO, SANGALLI, SBARBATI, SCANU, SERRA, SOLIANI, TONINI, VIMERCATI, VITA e VITALI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 23 DICEMBRE 2009

Disposizioni in materia di sicurezza e qualità dell’assistenza sanitaria

ONOREVOLI SENATORI. - Le aspettative dei cittadini rispetto alla qualità dei servizi erogati dal Servizio sanitario nazionale sono molto cresciute in questi anni e il sistema stenta a soddisfarle. I cittadini richiedono sicurezza, tempestività, efficacia, personalizzazione sempre maggiori, ovvero maggiore qualità delle cure.

Garantire la qualità delle cure equivale ad assicurare la qualità delle componenti del Servizio sanitario nazionale, vale a dire degli operatori, delle strutture e della organizzazione che governa i processi di erogazione.

La sicurezza degli ospedali e delle altre strutture sanitarie è una dimensione della qualità complessiva del sistema, che deve essere costantemente monitorata attraverso le metodologie di accreditamento, riferito non solo ai processi organizzativi, ma anche ai professionisti che operano nel Servizio sanitario nazionale, che devono essere inseriti in un programma di valutazione permanente degli esiti delle cure.

Il monitoraggio della adeguatezza delle strutture e delle tecnologie impiegate e della *performance* degli operatori (valutazione di esito) si traduce in un miglioramento della qualità effettiva delle cure erogate e della qualità percepita dal cittadino, con il conseguimento dell'obiettivo «ospedale sicuro», per il cui perseguimento è necessario dotarsi di strumenti operativi (a livello nazionale, regionale e periferico) e di metodologie adeguate.

A queste esigenze cerca di rispondere il presente disegno di legge, che affronta la delicata ed annosa questione della sicurezza e della qualità dell'assistenza sanitaria.

Una prima risposta alla forte esigenza di qualità delle cure è rappresentata dall'istitu-

zione di un organismo indipendente che verifichi gli aspetti gestionali e clinici delle strutture sanitarie, accerti i requisiti per l'accreditamento, controlli nel tempo la qualità dei servizi, l'appropriatezza delle prestazioni ed i risultati in termini di sopravvivenza dei pazienti, complicità o ricoveri inutili.

A tal fine l'articolo 1 prevede l'istituzione dell'Ufficio del Garante della salute e, contemporaneamente, la soppressione dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (già ANSSR, ora Age.na.s). L'Ufficio del Garante della salute, oltre a svolgere i compiti e le funzioni propri dell'Age.na.s, provvede a:

a) promuovere a livello nazionale le politiche e le strategie per la valutazione della qualità, della sicurezza e degli esiti delle cure;

b) definire a livello centrale i principi e le politiche nazionali di gestione del rischio clinico e coordinare gli interventi connessi alla sicurezza del paziente, riducendo il rischio e migliorando la qualità delle cure;

c) fornire rapporti sullo stato di attuazione delle sue attività;

d) rappresentare l'organo di riferimento e di coordinamento nazionale per la verifica delle prestazioni fornite dal Servizio sanitario nazionale.

Ai predetti fini, l'Ufficio:

a) promuove e verifica la sicurezza dei pazienti e delle cure;

b) valuta l'esito delle cure, attraverso gli *standard* di prodotto e i programmi di confronto (*benchmarking*) definiti in ambito europeo, a livello sia nazionale che regionale, tra istituti di cura omogenei per categoria, con particolare riferimento, ma non esclu-

sivo, alle attività cliniche cui più facilmente è applicabile tale metodologia. L'Ufficio provvede inoltre alla individuazione delle modalità di divulgazione dei risultati delle suddette valutazioni di esito;

c) promuove campagne di informazione e di monitoraggio dei programmi di cui alle lettere a) e b), inclusi quelli di diffusione delle buone pratiche per la sicurezza, e sui risultati delle valutazioni di esito;

d) provvede all'istruzione di procedimenti di verifica per singoli casi o situazioni in cui vengano segnalate ipotesi di carenza o inadeguatezza delle prestazioni sanitarie e può sospendere i servizi e le attività cliniche fino alla loro messa in sicurezza.

L'articolo 3, nel novellare e integrare l'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 («Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»), interviene parzialmente sull'organizzazione delle aziende sanitarie e ospedaliere e in tal senso ne sostituisce la rubrica.

L'aspetto sostanziale dell'intervento riguarda il potenziamento del ruolo attribuito al collegio di direzione, cui è riconosciuta la qualificazione di organo dell'azienda.

Il collegio di direzione concorre alla pianificazione, alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi per il governo delle attività cliniche, alla programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie.

Lo stesso articolo 3 ridefinisce i rapporti del collegio di direzione con il direttore generale, prevedendo l'espressione di un parere obbligatorio su specifici atti quali: l'atto aziendale, i programmi di ricerca e di formazione, gli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale, il piano aziendale di educazione medica e delle professioni sanitarie, le modalità generali di esercizio della libera professione intramuraria.

Una delle novità più importanti del disegno di legge è la modifica, non più differibile, dei criteri di nomina dei direttori gene-

rali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Il disegno di legge introduce un meccanismo di selezione e di valutazione dei direttori generali improntato esclusivamente alla meritocrazia ed alla trasparenza, nella consapevolezza che nel sistema attuale non trova quasi mai spazio la «selezione per merito», sostituita troppo spesso dalla selezione per appartenenza politica.

Se si può senz'altro considerare giusto che sia l'organo politico a nominare il direttore generale in quanto esecutore di una determinata programmazione sanitaria, è evidente la necessità di rivedere il binomio selezione-valutazione, laddove la valutazione spesso è una pura finzione o addirittura non viene effettuata.

A tal fine il disegno di legge, all'articolo 4, disciplina in modo assolutamente innovativo il meccanismo di accreditamento di quelle figure che hanno responsabilità gestionale e clinica nelle aziende sanitarie. Innanzitutto il disegno di legge prevede che la scelta del direttore generale debba avvenire tra persone che siano state inserite in un elenco nazionale, con validità biennale, istituito presso il Ministero della salute e pubblicato nel sito *internet* dello stesso. Nell'elenco sono inseriti, di volta in volta, esclusivamente gli aspiranti migliori, sulla base della valutazione oggettiva delle loro caratteristiche e capacità effettuata mediante un avviso pubblico per titoli e colloquio, per partecipare al quale occorre possedere requisiti rispondenti a criteri di competenza manageriale, di attualità (occorre possedere i requisiti al momento dell'iscrizione nell'elenco nazionale), di trasparenza (i *curricula* degli aspiranti direttori generali devono essere pubblicati nei siti *internet* dell'azienda sanitaria e della regione interessate alla selezione). La commissione selezionatrice è composta da tre esperti nelle materie della direzione e organizzazione aziendale, del *management* delle organizzazioni pubbliche o dell'amministrazione, finanza e controllo,

dei quali uno con funzioni di presidente, nominati dal Ministro della salute, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Una novità importante introdotta dal disegno di legge è rappresentata dalla necessità di possedere i requisiti di natura manageriale al momento della nomina del candidato a direttore generale e non dopo ben diciotto mesi dalla nomina (!), come è previsto dalla normativa vigente.

Quando in una regione si crea una vacanza di incarico, la regione seleziona, all'interno dell'elenco nazionale, l'aspirante che presenti i requisiti di competenza e di esperienza rispondenti alle caratteristiche dell'incarico, tenendo conto delle strategie regionali in materia sanitaria e delle esigenze dell'azienda sanitaria locale o della azienda ospedaliera che presenta la vacanza. Il curriculum dell'aspirante selezionato è pubblicato nel sito internet dell'azienda sanitaria e della regione interessate alla selezione. Spetta alla regione la nomina del direttore generale, individuando il candidato che presenta le caratteristiche più adeguate all'incarico.

Anche questo criterio di selezione, finalizzato a tener conto delle strategie regionali in materia sanitaria e delle esigenze dell'azienda sanitaria locale e della azienda ospedaliera, pur essendo ovvio, nell'attuale sistema è completamente ignorato: non si può infatti prescindere dalla necessità di «combinare» le caratteristiche del candidato con quelle della azienda che deve andare a dirigere.

Il disegno di legge introduce poi un compito di controllo *ex post*, prevedendo che trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale l'Ufficio del Garante della salute provveda a verificare il raggiungimento degli obiettivi attribuiti al direttore generale utilizzando i criteri, gli indicatori e gli *standard* preventivamente definiti.

Anche sui criteri di nomina dei direttori di struttura complessa il disegno di legge, all'articolo 5, è fortemente innovativo preve-

dendo che le procedure di selezione siano gestite da una commissione composta dal direttore sanitario della azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera, che la presiede, e da quattro direttori di struttura appartenenti al profilo ed alla disciplina oggetto del concorso, di cui uno indicato dal collegio di direzione e tre sorteggiati dall'azienda che mette il posto a concorso. Dei membri sorteggiati nessuno può appartenere a strutture ricomprese nel territorio della regione interessata al concorso.

Altra importante novità riguarda il bando, che deve fare esplicito riferimento alle esigenze aziendali, anche in relazione agli obiettivi da conseguire ed alle caratteristiche specialistiche dell'incarico da ricoprire. La tendenza della medicina moderna alla specializzazione impone, infatti, una selezione che tenga conto di questi aspetti. A tal fine il bando deve richiedere una specifica esperienza e qualificazione nel campo di riferimento.

Oltre a questi criteri nella composizione della commissione selezionatrice, il disegno di legge riscrive i criteri in base ai quali la commissione seleziona i tre candidati. Sono valutabili le capacità professionali del candidato nella specifica disciplina con riferimento anche alle esperienze professionali documentate, le sue capacità gestionali, progettuali, organizzative, di direzione, di verifica, di controllo con riferimento all'incarico da svolgere ed al ruolo da ricoprire, nonché la sua attività scientifica attestata da pubblicazioni su riviste «impattate».

I criteri di valutazione sono relativi allo stato di servizio, alle caratteristiche professionali ed all'attività scientifica. Lo stato di servizio sarà valutato ai fini della specifica mansione del futuro direttore (la tipologia degli ospedali dove ha lavorato, le esperienze di formazione in altre strutture). Le caratteristiche professionali includono la valutazione quali-quantitativa dell'attività svolta attestata nei modi previsti, cioè per certificazione del direttore sanitario dell'ospedale di prove-

nienza. I volumi di attività svolta sono, come è noto in ambito chirurgico ed interventistico, di assoluta importanza e direttamente proporzionali alla qualità del lavoro svolto e sono parametro di valutazione indispensabile, anche perché riferibile a *standard* fissati dalle società scientifiche.

L'articolo 5 prevede, inoltre, che l'idoneità dei candidati sia valutata, oltre che sulla base di un colloquio e della valutazione del *curriculum* professionale, anche sulla base di una prova pratica consistente nella predisposizione di un elaborato o nell'esame di una documentazione clinica su un tema o

un caso individuati dalla commissione, atti a far emergere le complessive competenze tecnico-professionali del candidato.

Considerata la portata innovativa delle disposizioni previste dal presente disegno di legge se ne auspica una rapida approvazione da parte del Parlamento, al fine di realizzare, finalmente, un sistema che garantisca realmente la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria, nonché un meccanismo di selezione e di valutazione dei direttori generali e dei direttori di struttura complessa improntato esclusivamente alla meritocrazia ed alla trasparenza.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1

(Istituzione dell'Ufficio del Garante della salute)

1. È istituito l'Ufficio del Garante della salute, di seguito denominato «Ufficio».

2. Il direttore dell'Ufficio è nominato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, nell'ambito di una terna di esperti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari, proposta dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Ministro della salute. Il direttore è assunto con contratto di diritto privato di durata quadriennale, rinnovabile una sola volta.

3. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s), di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, e successive modificazioni, è soppressa. I compiti e le funzioni, nonché le risorse finanziarie, strumentali e di personale dell'Age.na.s sono, rispettivamente, attribuiti e trasferite all'Ufficio.

4. Gli organi dell'Age.na.s rimangono in carica il tempo necessario al fine di gestire il trasferimento delle funzioni e, comunque, non oltre centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 2

(Compiti e funzioni dell'Ufficio del Garante della salute)

1. L'Ufficio, oltre a svolgere i compiti e le funzioni già propri dell'Age.na.s:

a) promuove a livello nazionale le politiche e le strategie per la valutazione della

qualità, della sicurezza e degli esiti delle cure;

b) definisce a livello centrale i principi e le politiche nazionali finalizzate a coordinare gli interventi connessi alla sicurezza del paziente, riducendo il rischio e migliorando la qualità delle cure;

c) fornisce rapporti, pubblicati nel proprio sito *internet*, sullo stato di attuazione delle attività relative agli interventi di sua competenza;

d) costituisce l'organo di riferimento e di coordinamento nazionale per la verifica delle prestazioni fornite dal Servizio sanitario nazionale.

2. Ai fini di cui al comma 1, l'Ufficio:

a) valuta l'impatto sanitario ed economico dei dispositivi medici e di tutte le tecnologie sanitarie;

b) valuta, applicando gli *standard* di prodotto e i programmi di confronto (*benchmarking*) definiti nell'ambito dell'Unione europea, l'esito delle cure, a livello nazionale e regionale, tra istituti di cura omogenei per categoria, con particolare riferimento alle attività cliniche cui più facilmente è applicabile tale metodologia. L'Ufficio provvede inoltre alla individuazione delle modalità di divulgazione dei risultati delle valutazioni di esito di cui alla presente lettera;

c) promuove campagne di informazione e di monitoraggio con riferimento ai programmi di cui alle lettere *a)* e *b)*, anche al fine della diffusione delle buone pratiche per la sicurezza e della pubblicizzazione dei risultati delle valutazioni di esito;

d) provvede all'istruzione di procedimenti di verifica per singoli casi o situazioni in cui vengano segnalate ipotesi di carenza o inadeguatezza delle prestazioni sanitarie e può sospendere i relativi servizi ed attività cliniche fino alla loro messa in sicurezza.

Art. 3.

(Organizzazione delle aziende)

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

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

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

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

«1-*sexies*. Il collegio di direzione concorre alla pianificazione strategica delle attività e degli sviluppi gestionali e organizzativi, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria. Il collegio di direzione esprime parere obbligatorio al direttore generale sull'atto aziendale, sui programmi di ricerca e di formazione, sugli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale, sul piano aziendale di formazione del personale medico e sanitario e sulle modalità generali di esercizio della libera professione intramuraria. Il direttore generale è tenuto a motivare, con una relazione scritta, le determinazioni eventualmente assunte in contrasto con il predetto parere. La regione disciplina l'attività e la composizione del collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e del direttore amministrativo, dei direttori di distretto, dei direttori di dipartimento e di

presidio, compreso il responsabile del servizio infermieristico, di un rappresentante dei medici di medicina generale e di un rappresentante dei pediatri di libera scelta e degli specialisti convenzionati. La partecipazione al collegio di direzione non comporta compensi né rimborsi spese e dalla stessa non debbono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Nel collegio di direzione delle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è assicurata la proporzione paritaria tra la componente medica ospedaliera e la componente medica universitaria. Al fine di garantire la trasparenza e la partecipazione al governo aziendale, le regioni possono disciplinare modalità di consultazione e coinvolgimento nell'attività della direzione aziendale dei dirigenti di struttura complessa»;

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

2. L'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è abrogato.

Art. 4

(Criteri di nomina dei direttori generali)

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

a) dopo il comma 2 è inserito il seguente:

«2-bis. Gli aspiranti all'incarico di direttore generale devono essere iscritti in un elenco nazionale, istituito presso il Ministero della salute e pubblicato nel sito *internet* del Ministero. Il Ministro della salute, con proprio decreto, stabilisce le modalità di tenuta e di aggiornamento dell'elenco, che ha validità biennale»;

b) il comma 3 è sostituito dal seguente:

«3. All'elenco nazionale di cui al comma 2-bis si accede mediante avviso pubblico per titoli e colloquio. La commissione selezionatrice, che dura in carica tre anni, è composta da tre esperti nelle materie della direzione e organizzazione aziendale, del *management* delle organizzazioni pubbliche o dell'amministrazione, finanza e controllo, dei quali uno con funzioni di presidente, nominati dal Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Al concorso possono partecipare i cittadini italiani in possesso dei seguenti requisiti:

a) diploma di laurea quinquennale;

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;

c) assenza di condanne con sentenza passata in giudicato per delitto non colposo per il quale è prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni;

d) certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di cui al comma 3-bis;

e) documentazione idonea a dimostrare i contenuti dell'esperienza di cui alla lettera b), descrittiva di caratteristiche della struttura, posizione ricoperta, obiettivi attribuiti, risultati conseguiti in termini di cambiamenti organizzativi, provvedimenti assunti, negoziazioni effettuate»;

c) dopo il comma 3 sono inseriti i seguenti:

«3-bis. I corsi di formazione di cui al comma 3, lettera d), sono organizzati, con oneri a carico dei partecipanti, dalla Scuola superiore della pubblica amministrazione (SSPA), di cui al decreto legislativo 1° di-

cembre 2009, n. 178. I corsi possono essere organizzati anche in ambito regionale o interregionale in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche e la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, sono stabiliti con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base di proposte formulate congiuntamente dalla Scuola superiore della pubblica amministrazione e dall'Ufficio del Garante della salute.

3-ter. In seguito alla vacanza di incarico, la regione seleziona, all'interno dell'elenco nazionale di cui al comma 2-bis, l'aspirante che presenti i requisiti di competenza e di esperienza rispondenti alle caratteristiche dell'incarico, tenendo conto delle strategie regionali in materia sanitaria e delle esigenze dell'azienda sanitaria locale o della azienda ospedaliera che presenta la vacanza. Il curriculum dell'aspirante selezionato è pubblicato nel sito *internet* dell'azienda sanitaria e della regione interessate alla selezione»;

c) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. La regione trasmette all'Ufficio del Garante della salute il provvedimento di nomina del direttore generale e la documentazione contenente la valutazione della commissione di cui al comma 3»;

d) al comma 5, il primo periodo è sostituito dal seguente: «Le regioni, in sede di Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, sentite anche le organizzazioni di tutela dei diritti, determinano preventivamente i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti e quantificati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto

degli equilibri economico-finanziari e di bilancio»;

e) il comma 6 è sostituito dal seguente:

«6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, l'Ufficio del Garante della salute verifica il raggiungimento degli obiettivi attribuiti al direttore generale utilizzando i criteri, gli indicatori e gli *standard* preventivamente definiti. La regione è tenuta a fornire entro trenta giorni tutto il materiale richiesto allo scopo dall'Ufficio del Garante. La regione non può rinnovare l'incarico al direttore generale qualora l'Ufficio del Garante della salute non ritenga sufficientemente conseguiti gli obiettivi di cui al primo periodo, con una motivazione scritta da esprimere entro trenta giorni dalla trasmissione dal materiale richiesto».

Art. 5

(Criteri di nomina dei direttori di struttura complessa)

1. All'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale, previo avviso da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale*. Il bando deve fare esplicito riferimento alle esigenze aziendali, anche in relazione agli obiettivi da conseguire ed alle caratteristiche specialistiche dell'incarico da ricoprire. Il direttore generale nomina una commissione, composta dal direttore sanitario della azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera, che la presiede, e da quattro direttori di struttura complessa appartenenti al profilo e alla disciplina oggetto del concorso, di cui uno indicato dal collegio di direzione e tre sorteggiati dall'azienda che mette il posto a concorso. Nessuno dei membri sorteggiati può appartenere ad una struttura ricompresa nella regione interessata al concorso. I componenti la com-

missione non possono aver partecipato a più di una analoga selezione di concorso nell'anno precedente alla nomina. La commissione seleziona, sulla base dei criteri di cui all'articolo 8, commi 2 e 4, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, e successive modificazioni, i tre candidati più adeguati all'incarico. Il direttore generale, sentito il collegio di direzione, individua il vincitore nell'ambito della terna selezionata dalla commissione, motivando per iscritto la propria scelta. In mancanza di intesa tra il direttore generale ed il collegio di direzione, l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa spetta al direttore generale. In questo caso, la scelta del direttore generale deve essere motivata per iscritto ed essere resa pubblica tramite la pubblicazione nel sito *internet* della azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera. Anche il parere contrario e motivato del collegio di direzione deve essere reso pubblico nello stesso sito *internet*. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve».

2. All'articolo 8 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, dopo le parole: «del colloquio» sono inserite le seguenti: «, di una prova pratica»;

b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. Il colloquio è diretto alla valutazione delle capacità professionali del candidato nella specifica disciplina con riferimento anche alle esperienze professionali, allo stato di servizio per attività svolte in Italia e all'estero, certificate dal rappresentante legale dell'ente, nonché all'accertamento delle capacità gestionali, progettuali, organizzative, di direzione, di verifica, di controllo del candidato stesso, con riferimento all'incarico da svolgere ed al ruolo da ricoprire. La prova pratica consiste nella predisposizione di un

elaborato o nell'esame di una documentazione clinica su un tema o un caso, individuati dalla commissione, atti a far emergere le complessive competenze tecnico-professionali del candidato»;

c) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. Nella valutazione del *curriculum* l'attività scientifica è valutata sulla base dei lavori scientifici pubblicati su riviste referenziate, utilizzando strumenti quali l'*impact factor* e il *citation index*, nonché sulla base della qualità scientifica del candidato in termini di progetti finanziati, di partecipazione a comitati di ricerca internazionale e nazionali, di partecipazione a *editorial boards*, di numero di persone per le quali il candidato ha svolto attività di tutoraggio».

