AUPInotizie

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

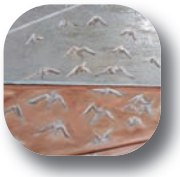
2013 n. 4

- **Vero, verosimile, falso**
- **Cottarelli - Obiettivo Spending Review**
- **Nuovi scenari per la nostra professione: obblighi e doveri secondo le normative europee**
- **Direttiva UE - Diritti Assistenza Sanitaria Transfrontaliera**
- **Terzo programma pluriennale d'azione dell'Unione Europea in materia di salute 2014-2020 "Salute per la crescita"**
- **Dirigenti Sanitari. Responsabilità e rispetto delle "linee-guida"**

Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - 70% - C/RM/DCB - Registraz. del Tribunale di Roma n. 551 del 28/12/2000
Direttore Responsabile: Mario Sellini • **Redazione: Sede Centrale AUPI Via Arenula, 16 - tel. 06.6873819 - fax 06.68803822** • Stampa: Tipografia Poligraf srl - tel. 06.5814154

Notizie

SOMMARIO



1

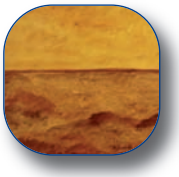
Vero, verosimile, falso - M. Sellini

7

Bozza DPCM
Precari

19

Cottarelli - Obiettivo Spending Review



29

Nuovi scenari per la nostra professione: obblighi e doveri secondo le normative europee - Vito Tummino

30

Direttiva UE - Diritti Assistenza Sanitaria Transfrontaliera

51

Terzo programma pluriennale d'azione dell'UE in materia di salute 2014-2020 "Salute per la crescita" - Rinaldo Perini

52

Dirigenti Sanitari
Responsabilità e rispetto delle "linee-guida" - R. P.

56

Recensioni - G. Cavadi

58

Schede d'iscrizione

In copertina: Fregene, *Gabbiani*.
Opera gentilmente concessa dalla Pittrice BIANCA GANDOLFO. **http://digilander.libero.it/biancagandolfo/**

Vero, verosimile, falso

Mario Sellini
Segretario Generale

Diventa sempre più difficile districarsi, distinguere e riconoscere ciò che è VERO, da ciò che appare VEROSIMILE da quello che è palesemente FALSO.
Alla stragrande maggioranza di noi cittadini mancano le coordinate per operare una distinzione del genere.
Non che ci manchino i mezzi e/o gli strumenti culturali per distinguere il VERO dal FALSO. Ciò che manca è l'informazione. O meglio, di informazione ce n'è forse anche troppa. È la tecnica e la metodologia di informazione che crea e accresce la nostra incapacità di distinguere.
Nulla però avviene per caso. Tutto è voluto e "studiato".
Oggi non c'è atto, norma, legge, azione che riguardi la politica, l'economia, la finanza ecc. che non sia oggetto di "sistematica disinformazione".
La crisi diventa sempre più profonda? Il messaggio che ci viene inviato è: "*inizia la ripresa*".
La disoccupazione giovanile ha superato il 40%? Il messaggio è: "*la produzione industriale riprende*".
I disoccupati e i cassaintegrati aumentano? Il messaggio: "*l'export aumenta*".
Centinaia di migliaia di precari stanno perdendo il lavoro? La risposta: "*sono partite le procedure per la stabilizzazione del precariato*".

È un paradosso comunicativo continuo. Voluto ed estremamente efficace, per chi vuol nascondere e confondere la realtà.

La pressione fiscale aumenta? L'informazione che ci viene fornita: "*il Governo riduce le tasse*".
La legge finanziaria favorisce le banche? No: "*l'aumento delle tasse sulle Banche servirà a eliminare la seconda rata dell'IMU*".
La Commissione europea boccia il Bilancio o Legge di Stabilità che dir si voglia? Il messaggio: "*non è vero*".
E così di questo passo.
Sfido chiunque a stabilire quale delle affermazioni su riportate è VERA, quale VEROSIMILE e quale completamente FALSA.
È un paradosso comunicativo continuo. Voluto ed estremamente efficace, per chi vuol nascondere e confondere la realtà.
Questi sono esempi relativi ai "massimi sistemi" anche se tanto "massimi" non sono, visto che le ricadute economiche e sociali le tocchiamo con mano.
Esaminiamo gli effetti della legge finanziaria, o manovra che dir si voglia, sul settore che più ci vede direttamente coinvolti: la Sanità.
Sulla Sanità il "giochino" del: VERO, VEROSIMILE, FALSO ha "dato il meglio di sé". Prima dell'approvazione in Consiglio dei Ministri i giornali, con annunci, tra il drammatico e l'allarmistico, anticipavano enormi tagli alla Sanità

Sulla Sanità il "giochino" del: VERO, VEROSIMILE, FALSO ha "dato il meglio di sé". Prima dell'approvazione in Consiglio dei Ministri i giornali, con annunci, tra il drammatico e l'allarmistico, anticipavano enormi tagli alla Sanità per diversi miliardi di euro. Al termine del Consiglio dei Ministri, la Manovra è stata presentata in conferenza stampa e, miracolo, non c'erano più i tagli per la Sanità.

per diversi miliardi di euro. Al termine del Consiglio dei Ministri, la Manovra è stata presentata in conferenza stampa e, miracolo, non c'erano più i tagli per la Sanità.
Non era previsto nessuna decurtazione del finanziamento al Fondo sanitario. Nessuna riduzione delle risorse. Una vittoria per il settore.
Questo è quanto ci è stato presentato dai mezzi di comunicazione nelle ore immediatamente successive all'approvazione, da parte del Governo, della Manovra.
L'effetto annuncio era garantito, ma… era tutto ciò che il Governo voleva ottenere. Ed è stato ottenuto. Basta scorrere le prime pagine dei principali quotidiani per verificare l'entità dell'Effetto Annuncio.
Risultato Grandioso.
Dopo qualche giorno, smaltita la sbornia, qualcuno, va oltre la lettura delle dichiarazioni del Governo e inizia a leggere i documenti. Ci vuole poco per accorgersi che la realtà è ben altra.
Che i tagli, in Sanità, ci sono, eccome. Sono consistenti e lo saranno ancor di più nei prossimi mesi.
Purtroppo nei "media" tutto ciò non appare. E se appare non è supportato dalla stessa enfasi mediatica che ha accompagnato l'effetto annuncio iniziale.
Iniziano i distinguo, le contraddizioni, le mezze ammissioni ecc. Ma oramai l'effetto annuncio ha prodotto i suoi effetti, solo, in parte, scalfiti dalle scoperte derivanti dalla lettura dei documenti.
Così si compie il processo che passa dal VERO al FALSO e che trasforma, nella percezione collettiva, tutto in VEROSIMILE, nascondendo, di fatto, la VERITA'.

Ci vuole poco per accorgersi che la realtà è ben altra. Che i tagli, in Sanità, ci sono, eccome. Sono consistenti e lo saranno ancor di più nei prossimi mesi.

…la Manovra "senza tagli" alla Sanità precede una riduzione del Fondo Sanitario di oltre 1,5 miliardi di euro legata alla conferma del blocco degli stipendi, del turn over e la soppressione della cd "vacanza contrattuale". Solo questi tagli valgono, per il 2014, 600 milioni di euro.

…il "patto per la Salute" si trasformerà in un ulteriore bagno di sangue per la Sanità, per i cittadini, per i pazienti.

Sul piano comunicativo, alle due possibili opzioni: A) i tagli non ci sono; B) i tagli ci sono; è possibile, indifferentemente aggiungere una qualsiasi delle tre possibilità: VERO, FALSO, VEROSIMILE.
Ma la Verità è una sola e non può essere diversamente: la Manovra "senza tagli" alla Sanità precede una riduzione del Fondo Sanitario di oltre 1,5 miliardi di euro legata alla conferma del blocco degli stipendi, del turn over e la soppressione della cd "vacanza contrattuale". Solo questi tagli valgono, per il 2014, 600 milioni di euro. E la Manovra in discussione in Parlamento, quella, per intenderci, che non prevederebbe tagli alla Sanità vale per il triennio 2014 – 2016. Ciò vuol dire che i 600 milioni di tagli del 2014 devono essere moltiplicati per tre. Ecco come si arriva a un taglio di oltre 1,5 miliardi di euro.
Purtroppo non finisce qui.
Tutto ciò che riguarda la Sanità e che non è stato inserito nella Manovra economica o Legge di Stabilità, sarà inserito nel "Patto per la Salute" che dovrà essere approvato entro la fine di quest'anno.
Non ci vuole la palla di vetro o particolari doti divinatorie per capire che il "patto per la Salute" si trasformerà in un ulteriore bagno di sangue per la Sanità, per i cittadini, per i pazienti.
Si accettano scommesse sui contenuti di questo Patto. L'augurio, comunque, è quello di essere smentito: riduzione dei posti letto, taglio dei servizi, riduzione delle prestazioni, incremento dei costi a carico dei cittadini ecc.
Questa potrebbe/dovrebbe essere

la ricetta, anche se le buone intenzioni non mancano: a) razionalizzazione del sistema; b) avvio dei costi standard; c) centrali uniche di acquisto ecc. sono le più gettonate. Peccato che nel passato, anche recentissimo, non abbiano fornito risultati apprezzabili e non perché non siano misure efficaci, ma semplicemente perché le Regioni non hanno alcun interesse a razionalizzare la spesa, ad avviare i costi standard, a far partire le centrali uniche di acquisto ecc.

La "partita" che si giocherà con il Patto per la Salute vale oltre 2 miliardi di euro, che aggiunti a 1,5 miliardi contenuti nella Manovra, fanno 3,5 miliardi di tagli alla Sanità. In termini percentuali si traduce in una riduzione del finanziamento al settore Salute di circa il 3%.

La "partita" che si giocherà con il Patto per la Salute vale oltre 2 miliardi di euro, che aggiunti a 1,5 miliardi contenuti nella Manovra, fanno 3,5 miliardi di tagli alla Sanità. In termini percentuali si traduce in una riduzione del finanziamento al settore Salute di circa il 3%.

Un contentino è stato offerto ai Sindacati: la possibilità di aprire la trattativa per il rinnovo del Contratto. Ma solo per la parte normativa. Anche la possibilità di aprire la trattativa per il rinnovo contrattuale non fa altro che alimentare la confusione.

È vero che ci sono decine di istituti normativi, presenti nei Contratti, che andrebbero aggiornati, migliorati o attualizzati. È altrettanto vero che non esiste un istituto normativo contrattuale che non abbia, in modo diretto o indiretto, costi economici.

Ovviamente stiamo parlando di articoli del Contratto da modificare a vantaggio dei lavoratori. Sempre che, chi ha scritto la norma, non pensi che i Sindacati si possano sedere al tavolo negoziale per stipulare e sottoscrivere un Contratto che sia a tutto vantaggio delle Aziende.

In verità, questa prospettiva non sarebbe completamente da escludere, sempre tenendo presente il meccanismo del VERO, FALSO, VEROSIMILE.

Si potrebbe obiettare che il blocco della contrattazione non influisce, in alcun modo, sul finanziamento del Servizio Sanitario, in quanto, a essere penalizzati sono i lavoratori e non i cittadini e gli utenti.

Ancora una volta il VERO, FALSO e VEROSIMILE produce i suoi effetti comunicativi, distorsivi della realtà, confondendo le acque e impedendo di scoprire realmente come stanno le cose e dov'è la verità. Cercare la verità dei fatti è sempre difficile e faticoso. Raccontare bugie travestite da mezze verità è, al contrario, molto semplice.

I 600 milioni di euro del mancato rinnovo contrattuale non corrispondono a un finanziamento non erogato. Non sono una spesa in meno. No.

I 600 milioni di euro del mancato rinnovo contrattuale non corrispondono a un finanziamento non erogato. Non sono una spesa in meno. No. Questi 600 milioni corrispondono a un taglio vero e proprio perché sono soldi in meno sottratti al finanziamento del Servizio Sanitario, visto che, non solo non potrà essere rinnovato il Contratto di lavoro e quindi non saranno erogati i 600 milioni necessari, ma le Regioni dovranno tagliare di altrettanti milioni il loro fondo sanitario.

Questi 600 milioni corrispondono a un taglio vero e proprio perché sono soldi in meno sottratti al finanziamento del Servizio Sanitario, visto che, non solo non potrà essere rinnovato il Contratto di lavoro e quindi non saranno erogati i 600 milioni necessari, ma le Regioni dovranno tagliare di altrettanti milioni il loro fondo sanitario.

Come faranno le Regioni a recuperare questa somma? Taglieranno i servizi, gli standard prestazionali e, in molti casi, vedi le Regioni sottoposte al piano di rientro, ridurranno anche l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

...ma non finisce qui...

Altri tagli, decurtazioni e penalizzazioni a carico dei lavoratori sono rinvenibili nella manovra finanziaria.
C'è un ingiustificato e ulteriore ritardo nell'erogazione della liquidazione (TFR) per cui, dal momento in cui il lavoratore va in pensione, dovrà aspettare più tempo per ottenere quanto dovuto e lo otterrà a rate.
Un capitolo a parte merita l'insieme delle norme che "trattano" il turn over.
Da una parte si dice che le amministrazioni possono assumere ancor meno: il Turn over è rafforzato e prolungato fino al 2017.
Dall'altra il Governo mette in cantiere la "Stabilizzazione" del precariato.
Delle due l'una. Tutte e due le proposte non sono compatibili, né realizzabili. Eppure sono entrambe contenute nella proposta di manovra finanziaria.
Nei giorni scorsi abbiamo incontrato il Sottosegretario delegato a predisporre il DPCM contenente le norme per la Stabilizzazione dei precari.
Il titolo del DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio) è entusiasmante: Stabilizzazione del precariato. È un'ottima notizia/annuncio.
È sufficiente iniziare a leggere il testo del DPCM per rendersi conto che, di entusiasmante, non c'è assolutamente nulla. E, continuando nella lettura, corre un brivido lungo la schiena: il processo di stabilizzazione, così come ci è stato presentato, rischia di diventare l'anticamera del licenziamento per decine di migliaia di precari.

Il Governo deve garantire la proroga per tutti i lavoratori precari. Non basta stabilizzare quelli a tempo determinato.

Non abbiamo la certezza che le Regioni, il Parlamento, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Commissione Europea, la Banca Centrale Europea, il Fondo Monetario Internazionale sia interessati a salvare il nostro sistema sanitario.

Nella manovra in discussione in Parlamento, i nostri governanti hanno fatto diventare d'oro anche le pensioni di 3.000,00 euro lordi al mese, meno di 2.000,00 euro NETTI, perché, secondo LORO, il sistema previdenziale non è sostenibile. Siamo veramente alla frutta.

Per ogni precario "stabilizzato" con questo Decreto, altri 10 rischiano di essere mandati a casa.
Se il Governo e il Parlamento non decideranno di affrontare seriamente questo problema, dal 1 gennaio 2014 la Sanità pubblica sarà al collasso.
Il Governo deve garantire la proroga per tutti i lavoratori precari. Non basta stabilizzare quelli a tempo determinato.
Apparentemente il Ministero della Salute sembra consapevole del rischio che corre il Sistema Salute. Non abbiamo la certezza che le Regioni, il Parlamento, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Commissione Europea, la Banca Centrale Europea, il Fondo Monetario Internazionale sia interessati a salvare il nostro sistema sanitario.
A tutti questi organismi, interessa molto di più la Salute delle Banche che quella dei cittadini.

BANCOMAT PENSIONI

Il sistema previdenziale è diventato, per i nostri governanti (ma si possono ancora definire tali?), un vero Bancomat.
Quando servono soldi per ripianare i debiti causati dagli sprechi, si va al Bancomat/Pensioni e si preleva direttamente dalle tasche dei pensionati e di quelli che dovranno andare in pensione.
Nella manovra in discussione in Parlamento, i nostri governanti hanno fatto diventare d'oro anche le pensioni di 3.000,00 euro lordi al mese, meno di 2.000,00 euro NETTI, perché, secondo LORO, il sistema previdenziale non è sostenibile. Siamo veramente alla frutta.

ZERO CREDIBILITA'

Lo Stato Italiano nel corso degli anni si è comportato, con i propri lavoratori, come il peggiore dei datori di lavoro.
Il datore di lavoro privato è obbligato, per legge, a versare i contributi previdenziali per tutti i lavoratori che ha in carico. Se non li versa diventa un evasore e, in quanto tale, è perseguito penalmente.
Come si comporta lo Stato Italiano quando assume i connotati e la funzione di "datore di lavoro"?
Un comportamento, che non è consentito al datore di lavoro privato (non versare i contributi previdenziali), diventa assolutamente normale e legittimo per lo Stato Italiano il quale, violando le sue stesse leggi, non versa i contributi previdenziali dovuti.
Ed è questo il motivo per cui l'INPDAP, l'ente previdenziale degli oltre 3 milioni di dipendenti pubblici, è in forte passivo, tant'è che (notizia di questi giorni peraltro smentita/corretta VERO, VEROSIMILE, FALSO) l'INPS, nel quale il Governo ha fatto confluire l'INPDAP, rischia di non avere i soldi per pagare le pensioni.
Nessuno ci dice che il passivo dell'INPDAP deriva dal fatto che, nel corso dei decenni, lo Stato Italiano non ha mai versato regolarmente i contributi previdenziali per i propri dipendenti.
Ma ritorniamo al Bancomat/Pensioni.
Le pensioni d'oro (poco più di 1.500,00 euro al mese) non potranno essere perequate/incrementate in base all'aumento del costo della vita. Ciò significa che non avranno nessuna copertura rispetto alla svalutazione causata dall'aumento dei prezzi. È del tutto evidente che, se manca questo tipo di copertura, il potere d'acquisto delle pensioni diminuisce sempre più, determinando un impoverimento del reddito dei pensionati.
Con una certezza: questa decurtazione non potrà mai più essere recuperata, per cui il taglio economico riferito a quest'anno, dovrà essere moltiplicato per tutti gli anni a venire, anche nel caso in cui dovesse essere ripristinato, in futuro, l'adeguamento delle pensioni al tasso dell'inflazione.
La "tosatura", perché così bisogna chiamarla, non riguarda solo i pensionati, ma anche quelli che, prima o poi, andranno in pensione.
Oltre al blocco dei contratti, di cui si è già detto, sono allo studio, per adesso è solo uno studio, nuove misure per decurtare ulteriormente gli assegni pensionistici, passati, presenti e futuri. Colpirà tutti: chi è in pensione e di chi, in pensione, dovrà andare.
Una nuova riforma previdenziale potrebbe essere alle porte. Dal 1993 in poi le riforme previdenziali che si sono succedute nel tempo sono oramai circa 10. Una riforma ogni due anni.
E ogni volta, a cominciare dalla riforma "Dini", per 10 volte, ci hanno raccontato che, grazie alla riforma (ognuna delle 10), il sistema previdenziale, finalmente, "regge" ed è stata raggiunta la completa stabilità e sostenibilità del sistema previdenziale.
Dieci volte abbiamo sentito questi annunci e questi proclami e, ogni volta, a distanza di pochi mesi, si rimette mano al sistema.
Non sono più credibili.
Che cosa pensare? O chi fa le riforme è un emerito incompetente o ci stanno prendendo in giro. Oppure la versione più probabile è che il sistema è sostenibile, ma quando il Governo ha bisogno di soldi mette mano alle pensioni Bancomat/Pensioni.
Non ci sono altre spiegazioni plausibili.

ELEZIONI ORDINI *razionalità v/s populismo*

Il rinnovo degli Eletti sarà radicale, perché la gran parte dei Presidenti "uscenti" non è ricandidabile.

In queste settimane si rinnovano, in quasi tutte le regioni, i nostri Consigli Regionali. L'offerta elettorale è vasta e articolata. Il rinnovo degli Eletti sarà radicale, perché la gran parte dei Presidenti "uscenti" non è ricandidabile.
I nostri quadri regionali vi daranno indicazioni più dettagliate rispetto alle varie forze in campo.
Un suggerimento e un consiglio mi sembrano opportuni: nella vasta offerta elettorale e a prescindere dalle promesse elettorali e/o alla presenza di candidati dell'AUPI o a noi

vicini, la scelta dovrà essere orientata a votare la ragione e la ragionevolezza.
Il populismo strisciante in Italia, sembra aver contagiato anche spezzoni della nostra Professione.
L'esperienza, anche clinica, ci dimostra che la "distruttività" non è il viatico migliore per la risoluzione dei problemi.
Il "catastrofismo", l'"allarmismo", lo "scandalismo" (passatemi il neologismo) colpiscono la "pancia" e gli umori dell'elettorato, servono a ottenere qualche voto in più. Possono servire addirittura a vincere le elezioni. Ma, di certo, non risolvono i problemi. Gridare allo scandalo, sempre più spesso, copre il vuoto d'idee.
Quando si va a votare facciamo un piccolo sforzo, cancelliamo le urla, e andiamo al fondo del messaggio elettorale. Solo allora vedremo la forza e la bontà delle idee.
Gli anni che ci attendono sono difficili. Non ci aiuteranno a risolvere i problemi, i "neosquadristi", né quelli che sanno urlare più forte. Dopo le urla resterà il vuoto delle idee e accadrà ciò che è già successo con l'Ordine della Lombardia. Una gestione populista, fatta di annunci e nessun risultato.

Quando si va a votare facciamo un piccolo sforzo, cancelliamo le urla, e andiamo al fondo del messaggio elettorale. Solo allora vedremo la forza e la bontà delle idee.

Una gestione ricca di buoni propositi e "prodiga" di finanziamenti concessi ai Consiglieri responsabili di decine e decine di progetti.
Ma, provate a chiedere i risultati e gli obiettivi raggiunti?
Prima di concedere il voto chiedetevi e domandate cosa hanno prodotto centinaia di migliaia di euro investiti in progetti. Confrontate i soldi spesi con gli obiettivi raggiunti da ogni singolo progetto, se mai riuscirete ad avere contezza di quanto è accaduto e di come sono stati spesi i soldi o di come stati assegnati gli obiettivi.
TRASPARENZA, novello totem, non è solo la pubblicazione della delibera che stanzia i soldi. È, in primo luogo, la pubblicazione, integrale, dei resoconti di come stati spesi questi soldi e la socializzazione dei benefici che la Categoria ha ottenuto.
15.000,00 euro assegnati a una società per i "progetti europei". BENE, BENISSIMO
MA COSA HANNO PRODOTTO?
Non vorremmo che, con i soldi degli iscritti, solo pochi ne traessero benefici.
Prima di dare il nostro consenso elettorale è bene fare questi controlli.

Prima di concedere il voto chiedetevi e domandate cosa hanno prodotto centinaia di migliaia di euro investiti in progetti. Confrontate i soldi spesi con gli obiettivi raggiunti da ogni singolo progetto, se mai riuscirete ad avere contezza di quanto è accaduto e di come sono stati spesi i soldi o di come stati assegnati gli obiettivi.

APPELLO

La copertura assicurativa gratuita per gli iscritti AUPI, i Servizi, gratuiti, di Consulenza Previdenziale, Contrattuale e Fiscale devono essere pubblicizzati a fatti conoscere anche alle colleghe e ai colleghi che non sono iscritti.
Dobbiamo pubblicizzarli e spiegarli ai colleghi dipendenti, ma penso anche ai tanti tirocinanti che frequentano i nostri Servizi.
Far conoscere le nostre iniziative significa fare proselitismo, ma soprattutto significa far conoscere l'AUPI, la nostra storia, il nostro impegno ultratrentennale per lo sviluppo della Professione.

ALERT Polizza RC

Ad oggi molti iscritti non hanno ancora fatto pervenire agli uffici di Roma la scheda raccolta dati reperibile sul sito:

www.aupi.it

La compilazione e l'invio può essere effettuato direttamente on line oppure si può stampare la scheda e inviarla agli uffici di Roma.
La mancata compilazione della scheda e l'invio della stessa agli uffici di Roma, fa diventare INESIGIBILE la Polizza Assicurativa.

In caso di sinistro l'Assicurazione non considera valida la copertura se non è stata inviata la scheda per la raccolta dei dati.

AUPI
Associazione
Unitaria
Psicologi
Italiani

Ultim'ora

STABILIZZAZIONE PRECARI

Comunicato Segreteria Nazionale

NESSUN COLLEGA PRECARIO PERDERA' IL POSTO DI LAVORO

Un altro SUCCESSO dell'ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI.
TUTTI GLI PSICOLOGI PRECARI, in attesa della STABILIZZAZIONE, vedranno i loro incarichi prorogati fino a dicembre 2016.
Nessuno di loro perderà il posto di lavoro.
Questi sono i fatti concreti di chi si interessa al presente e al futuro dei giovani Psicologi Precari.
Nel panorama professionale, ancora una volta solo e sempre l'AUPI, si mobilita e ottiene questi risultati.
CREATI E SALVATI oltre 3.000 posti di lavoro per gli PSICOLOGI. Per i GIOVANI COLLEGHI.
Questi risultati li ottiene l'AUPI e sono rivolti ai Giovani Colleghi.
Questo risultato è la migliore risposta a quanti, nella nostra Categoria, ripetono lo "stanco ritornello": l'AUPI fa solo gli interessi dei dipendenti e dei Dirigenti.
Questo Accordo è la migliore risposta a chi non ha mai fatto nulla per la Categoria e per i Giovani.
Quanti posti di lavoro hanno creato i "paladini" dei giovani Psicologi. ZERO POSTI.
L'AUPI, con un lavoro costante e continuo, ha SALVATO E CREATO OLTRE 3.000 POSTI DI LAVORO PER I GIOVANI PSICOLOGI PRECARI.
Il Governo, presente il Sottosegretario Fadda, ha assunto l'impegno di procedere alla STABILIZZAZIONE dei precari con rapporto di lavoro a tempo determinato.
Abbiamo chiesto e ottenuto che il Ministero della Salute procedesse al rinnovo e alla proroga di tutti i contratti di lavoro in essere, compresi i cococo, i contratti libero professionali ecc.
A giorni uscirà una Direttiva Ministeriale che conferma la proroga fino al 2016.
Governo e Organizzazioni Sindacali si impegnano a trovare, entro il 2016, soluzioni normative e legislative per la STABILIZZAZIONE di tutti i lavoratori precari.
Sappiamo che le colleghe e i colleghi precari che oggi lavorano nelle ASL sono migliaia e questo accordo è un primo, TANGIBILE, risultato ottenuto dall'AUPI per i giovani, a favore dei giovani, per un lavoro stabile e qualificato.
Mi auguro che ciascuno di voi sappia e voglia diffondere questa notizia, importantissima per migliaia di colleghe e colleghi che rischiavano di essere licenziati nelle prossime settimane.
Consentitemi di dire che questo accordo rappresenta uno dei punti strategici e vitali per una VERA Organizzazione Sindacale.
Questo Accordo è la conferma di quanto sia importante per la nostra Categoria avere un Sindacato che fa gli interessi degli Psicologi.
E' la conferma che l'AUPI è il Sindacato che fa gli interessi, di tutta la Categoria, dei giovani, dei precari e dei disoccupati.
Solo un Sindacato di Categoria FORTE può COSTRUIRE IL FUTURO PER I GIOVANI.

Il Segretario Generale
Mario Sellini

L'Accordo firmato dall'AUPI con il Ministero della Salute è disponibile sul sito
www.aupi.it

SEDE CENTRALE - Via Arenula, 16 Int. 1c/2c - 00186 ROMA; tel. +39 066893191/+39 0668891926; Fax +39 0668803822
Cod. Fisc. 96011290044; e mail: aupi.it@aupi.it; home page: www.aupi.it

MODULARIO
Salute - 3

Mod. 18 U. G.

Ministero della Salute

In data 3 dicembre 2013, il Sottosegretario di Stato alla Salute Paolo Fadda e le Organizzazioni Sindacali delle aree dirigenziali medico-veterinario, SPTA e del comparto sanità dopo un confronto ampio ed articolato sulla bozza di dPCM previsto dall'art.4, comma 10, della legge 125/2013 si sono espressi favorevolmente sul testo finale, alla luce dei vincoli legislativi esistenti,che impediscono ad oggi di dare risposte complessive al problema del precariato nel SSN, mettendo a repentaglio la salvaguardia degli attuali livelli essenziali di assistenza.

L'esame approfondito del complesso ed articolato fenomeno del precariato all'interno del SSN ha fatto emergere la necessità, ferma restando l'emanazione della direttiva sulla proroga, di individuare ulteriori soluzioni, anche normative, per i percorsi di stabilizzazione di quelle tipologie di lavoro flessibile che non potranno trovare soluzione nel predetto dPCM. Ulteriori iniziative dovranno essere adottate per garantire anche alle Regioni in piano di rientro dal deficit sanitario la piena attuazione del dPCM.

Le parti convengono che queste due questioni debbano trovare soluzioni adeguate e si impegnano, ciascuno per la parte di competenza, a proporre ogni iniziativa ritenuta necessaria, anche normativa.

Si concorda infine sulla necessità di introdurre nell'ordinamento vincoli per evitare la creazione di ulteriore precariato per effetto dell'uso improprio dei rapporti di lavoro flessibile.

Il Sottosegretario si impegna ad emettere entro breve tempo specifiche direttive alle Regioni, che possano consentire il mantenimento in essere sino al 31 dicembre 2016 di tutti i rapporti di lavoro anche flessibili e atipici al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e lo sviluppo dei programmi di ricerca in sanità.

SINAFO
FP CGIL MEDICI
ANAAO ASSOMED
CIMO-ASMD
CISL MEDICI
FASSID
FESMED
AAROI EMAC
COSMED
FVM
FEDIR SANITÀ
FPCGIL SPTA
AUPI
NURSIND
UIL FPL

BOZZA 14 NOVEMBRE 2013	BOZZA 3 DICEMBRE 2013
IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI	
Vista la legge 27 dicembre 2006, n.296 recante " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato"(legge finanziaria 2007)	IDEM
Vista la legge 23 dicembre 2009, n.191 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato"(legge finanziaria 2010);	IDEM
Visto il decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, recante "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 15 luglio 2011, n. 111;	IDEM
Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni e, in particolare l'articolo 35, comma 3-bis, il quale prevede che le amministrazioni pubbliche, nel rispetto della programmazione triennale del fabbisogno, nonché del limite massimo complessivo del 50 per cento delle risorse finanziarie disponibili ai sensi della normativa vigente in materia di assunzioni ovvero di contenimento della spesa di personale, secondo i rispettivi regimi limitativi fissati dai documenti di finanza pubblica e, per le amministrazioni interessate, previo espletamento della procedura di cui al comma 4, possono avviare procedure di reclutamento mediante concorso pubblico;	IDEM

Visto il comma 4, primo periodo, del predetto articolo 35 decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, il quale dispone che le determinazioni relative all'avvio di procedure di reclutamento sono adottate da ciascuna amministrazione o ente sulla base della programmazione triennale del fabbisogno di personale deliberata ai sensi dell'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni;	IDEM **Visto il comma 565, art. 1, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 il quale dispone che "gli enti del Servizio sanitario nazionale, fermo restando quanto previsto per gli anni 2005 e 2006 dall'articolo 1, commi 98 e 107, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e,per l'anno 2006, dall'articolo 1, comma 198, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che le spese del personale , al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superino per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. A tale fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa , o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o convenzioni."** **Visto il comma 71, art. 2 della legge 23 dicembre 2009, n.191 il quale dispone che "Fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, per il triennio 2007-2009, gli enti del Servizio sanitario nazionale concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando, anche nel triennio 2010-2012, misure necessarie a garantire che le spese di personale , al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. A tale fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni"**

	Visto il comma 3 dell'art. 17, del D.L. 6 luglio n. 98, convertito dalla L. 15 luglio 2011, n. 111 il quale dispone che "Le disposizioni di cui all'art. 2, commi 71 e 72 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni 2013,2014 e 2015" **Visto il comma 52 dell'art. 1 della Legge 13 dicembre 2010, n. 220 il quale, per le Regioni soggette a Piani di Rientro, prevede che "Qualora i citati tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino l'attuazione degli stessi in misura parziale, entro il predetto termine del 31 ottobre 2010, non operano le citate misure di blocco automatico del turn-over, nel limite del 10 per cento e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza";** **Visto il comma 23 bis, art. 1 decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 il quale dispone che "per le regioni sottoposte ai piani di rientro per le quali in attuazione dell'art. 1, comma 174, quinto periodo, delle legge 30 dicembre 2004, n. 311, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, su richiesta della regione interessata, può essere disposta la deroga al predetto blocco del turn over, previo accertamento, in sede congiunta, da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionale, di cui rispettivamente agli articolo 9 e12 dell'intesa Stato regioni del 23 marzo 2005, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), della necessità di procedere alla suddetta deroga al fine di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, il conseguimento di risparmi derivanti dalla corrispondente riduzione di prestazioni di lavoro straordinario o in regime di auto convenzionamento, nonché la compatibilità con la ristrutturazione della rete ospedaliera e con gli equilibri di bilancio sanitario, come programmati nel piano di rientro ovvero nel programma operativo e ferma restando la previsione del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio."** **"Viste le linee guida del 10 febbraio 2011, redatte congiuntamente dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e dalla Conferenza dei Presidenti delle Assemblee legislative regionale e relative all'interpretazione delle disposizioni del D.L. 31 maggio 2010, n. 78, in materia di contenimento delle spese di personale delle**

	Amministrazioni pubbliche per i dipendenti delle Regioni e delle Province Autonome e del Servizio sanitario nazionale , convertito nella Legge 30 luglio 2010, n. 122, che prevedono tra l'altro che "le Regioni, in riferimento agli obiettivi di riduzione delle spese di funzionamento e delle spese di personale contenuti rispettivamente negli articoli 6 e 9, comma 28, della normativa in esame, possono determinare , nell'ambito della propria programmazione finanziaria, un obiettivo di risparmio complessivo assicurandone il conseguimento anche mediante opportune compensazioni attraverso modulazioni delle percentuali di risparmio in misura diversa rispetto a quelle ivi previste". **Visto il comma 5 dell'art. 4 del D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito in legge dell'8 novembre 2012, n. 189 il quale nel modificare il comma 4 bis dell'articolo 10 del decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368, ha previsto che " nel rispetto dei vincoli finanziari che limitano per il Servizio sanitario nazionale, la spesa per il personale e il regime delle assunzioni, sono esclusi dall'applicazione del presente decreto i contratti a tempo determinato del personale sanitario del medesimo Servizio sanitario nazionale, ivi compresi quelli dei dirigenti, in considerazione della necessità di garantire la costante erogazione dei servizi sanitari e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza. La proroga dei contratti di cui al presente comma non costituisce nuova assunzione."**
Visto il decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, recante disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni e, in particolare l'articolo 4, comma 10, che demanda a un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri l'attuazione dei commi 6, 7, 8 e 9 del medesimo articolo 4 per la stabilizzazione del personale con contratto di lavoro a tempo determinato anche con riferimento alle professionalità, degli enti del Servizio sanitario nazionale, al personale dedicato alla ricerca in sanità, nonché al personale medico in servizio presso il pronto soccorso delle aziende sanitarie locali;	idem
Ritenuto di dover disciplinare la possibilità per gli enti del Servizio sanitario nazionale di bandire, in attuazione delle previsioni recate dai commi 6,7,8 e 9 del citato articolo 4, procedure concorsuali, per	Ritenuto di dover disciplinare la possibilità per gli enti del Servizio sanitario nazionale di bandire, in attuazione delle previsioni recate dai commi 6,7,8 e 9 del citato articolo 4, **ferme restando le**

titoli ed esami, per assunzioni a tempo indeterminato di personale con contratto di lavoro a tempo determinato, tenuto conto del fabbisogno e nel rispetto dei vincoli assunzionali previsti dalla legislazione vigente**;**	**graduatorie concorsuali vigenti,** procedure concorsuali **riservate**, per titoli ed esami, per assunzioni a tempo indeterminato di personale con contratto di lavoro a tempo determinato, tenuto conto del fabbisogno e nel rispetto dei vincoli assunzionali previsti dalla legislazione vigente**;**
Acquisita l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;	idem
Su proposta del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e con il Ministro per la pubblica amministrazione;	idem
Decreta:	Decreta:
Art. 1 **(Ambito di applicazione)** 1. Il presente decreto si applica agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito denominati Enti.	**Art. 1** **(Ambito di applicazione)** **1. Il presente decreto in attuazione dei commi 6, 7, 8, 9 e 10 dell'articolo 4 della legge decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, disciplina le procedure concorsuali riservate indette dagli Enti che applicano il Contratto collettivo Nazionale del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito denominati Enti, e prevede specifiche disposizioni per il personale dedicato alla ricerca .**
Art. 2 **(Procedure concorsuali riservate)** 1.Gli Enti, entro il 31 dicembre 2016, possono bandire procedure concorsuali per titoli ed esami per assunzioni a tempo indeterminato di personale del comparto sanità, ivi compreso quello appartenente alle aree dirigenziali, medico veterinario, sanitaria, professionale, tecnico, amministrativa.	**Art. 2** **(Procedure concorsuali riservate)** 1. **Fermo restando, l'esperimento delle procedure di mobilità di cui all'art….. e lo scorrimento delle graduatorie dei concorsi pubblici a tempo indeterminato, che nel rispetto di quanto previsto ai sensi dell'art. 4, comma 5, della legge 30 ottobre 2013, n. 125 concorrono a garantire l'adeguato accesso dall'esterno,**

	gli Enti, entro il 31 dicembre 2016, possono bandire procedure concorsuali per titoli ed esami per assunzioni a tempo indeterminato di personale del comparto sanità, ivi compreso quello appartenente alle aree dirigenziali, medico veterinario, sanitaria, professionale, tecnico, amministrativa.
2. Le procedure di cui al comma 1, bandite nel rispetto dei vincoli assunzionali previsti dalla legislazione vigente, sono riservate al personale in servizio presso gli enti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 1, commi 519 e 558, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e all'articolo 3, comma 90, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, ovvero che alla data del 30 ottobre 2013 abbia maturato negli ultimi cinque anni, almeno tre anni di servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato presso gli enti.	2. Le procedure di cui al comma 1, bandite nel rispetto dei vincoli assunzionali previsti dalla legislazione vigente, sono riservate al personale ~~in servizio presso gli enti~~ in possesso dei requisiti di cui all'articolo 1, commi 519 e 558, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e all'articolo 3, comma 90, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, ovvero al personale che alla data del 30 ottobre 2013 abbia maturato negli ultimi cinque anni, almeno tre anni di servizio, **anche non continuativo,** con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato **anche presso enti diversi da quello che indice la procedura.**
3. Di norma, salvo diversa motivazione, tenuto conto dell'effettivo fabbisogno di personale e delle risorse finanziarie dedicate, i bandi sono adottati per assunzioni a tempo indeterminato con contratti di lavoro a tempo parziale.	~~3. Di norma, salvo diversa motivazione, tenuto conto dell'effettivo fabbisogno di personale e delle risorse finanziarie dedicate, i bandi sono adottati per assunzioni a tempo indeterminato con contratti di lavoro a tempo parziale.~~
4.Alle procedure concorsuali di cui al presente decreto si applicano le disposizioni rispettivamente previste dall'ordinamento.	4.Alle procedure concorsuali di cui al presente decreto si applicano **per ciascuna categoria di personale** le disposizioni rispettivamente previste dall'ordinamento.
Art.3	**Art.3**
(Limiti per l'attuazione delle procedure	**(Limiti per l'attuazione delle procedure**

concorsuali)	**concorsuali)**
1. Gli enti procedono ad avviare le procedure di reclutamento del personale sulla base della programmazione triennale del fabbisogno di personale secondo quanto previsto dall'art. 35, comma 4 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165.	1. ~~Gli enti procedono ad avviare le procedure di reclutamento del personale sulla base della programmazione triennale del fabbisogno di personale secondo quanto previsto dall'art. 35, comma 4 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165.~~
2. Le procedure concorsuali sono avviate nel rispetto del limite finanziario previsto dall'art. 35, comma 3 bis del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, nel rispetto della programmazione del fabbisogno, nonché del limite massimo complessivo del 50 per cento delle risorse finanziarie disponibili ovvero a valere sulle risorse assunzionali relative agli anni 2013, 2014, 2015 e 2016 anche complessivamente considerate, in misura non superiore al 50 per cento.	2. Le procedure concorsuali di cui al presente decreto sono avviate ~~nel rispetto del limite finanziario previsto dall'art. 35, comma 3 bis del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165,~~ nel rispetto della programmazione del fabbisogno, nonché, **a garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno**, del limite massimo complessivo del 50 per cento delle risorse **assunzionali** disponibili ovvero a valere sulle risorse assunzionali relative agli anni 2013, 2014, 2015 e 2016 anche complessivamente considerate, in misura non superiore al 50 per cento.
3. Le graduatorie definite in esito alle medesime procedure sono utilizzabili per assunzioni nel quadriennio 2013-2016 a valere sulle predette risorse.	4. Le graduatorie definite in esito alle medesime procedure sono utilizzabili, **in ambito regionale**, per assunzioni nel quadriennio 2013-2016 a valere sulle predette risorse.
Art.4	**Art.4**
(Proroga dei contratti a tempo determinato)	**(Proroga dei contratti a tempo determinato)**
1. Gli enti che nella programmazione triennale del fabbisogno di personale riferita agli anni dal 2013 al 2016, prevedono di effettuare le procedure concorsuali di cui al presente decreto, possono prorogare i contratti di lavoro a tempo determinato dei soggetti	1. **Fermo restando quanto previsto dall'articolo 10, comma 4 bis, del decreto legislativo 6 settembre 2001, n.368, gli enti di cui al comma 1, in relazione al proprio effettivo fabbisogno,** ~~che nella programmazione triennale del fabbisogno~~

che hanno maturato, al 30 ottobre 2013, almeno tre anni di servizio, nel rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa vigente in materia.	~~di personale riferita agli anni dal 2013 al 2016, prevedono di effettuare le procedure concorsuali di cui al presente decreto,~~ possono prorogare i contratti di lavoro a tempo determinato **del personale di cui all'articolo 2, comma 1,** ~~dei soggetti che hanno maturato, al 30 ottobre 2013, almeno tre anni di servizio,~~ nel rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa vigente in materia.
2. Le proroghe di cui al comma 1 sono disposte,nel rispetto della programmazione, alle risorse finanziarie disponibili e ai posti in dotazione organica vacanti, indicati nella programmazione triennale, fino al completamento delle procedure concorsuali e comunque non oltre il 31 dicembre 2016.	~~2.Le proroghe di cui al comma 1 sono disposte, , alle risorse finanziarie disponibili e ai posti in dotazione organica vacanti, indicati nella programmazione triennale, fino al completamento delle procedure concorsuali e comunque non oltre il 31 dicembre 2016.~~
Art. 5 **(Lavori socialmente utili e di pubblica utilità)**	idem
1. Gli enti che hanno vuoti in organico relativamente alle qualifiche per le quali non è richiesto il titolo di studio superiore a quello della scuola dell'obbligo, nel rispetto dei fabbisogni e nell'ambito dei vincoli finanziari di cui all'articolo 3, procedono all'assunzione a tempo indeterminato, anche con contratti di lavoro a tempo parziale, dei lavoratori socialmente utili di cui all'articolo 2, comma 1, del decreto legislativo 28 febbraio 2000, n. 81,e dei lavoratori di pubblica utilità di cui all'articolo 3, comma 1, del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 280.	
2. Per le finalità di cui al comma 1, gli enti attingono agli elenchi predisposti ai sensi dell'articolo 4, comma 8, della legge 30 ottobre 2013, n. 125, di conversione decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, indirizzando una specifica richiesta alla Regione competente.	

Art. 6 **(Personale dedicato alla ricerca e personale medico in servizio presso i pronto soccorso delle Aziende Sanitarie)**	**Art. 6** **(Personale dedicato alla ricerca e personale medico in servizio presso i pronto soccorso delle Aziende Sanitarie)**
1. Alle procedure concorsuali disciplinate dal presente decreto, nel rispetto dei limiti di cui all'articolo 3, è ammesso a partecipare il personale dedicato alla ricerca in sanità in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 2, comma 2. ***(inserire per l'accesso ai concorsi specifici titoli di laurea oggi non previsti - biotecnologie, agraria etc. previa consultazione con le OOSS.)***	**1.** Alle procedure concorsuali riservate disciplinate dal presente decreto, ~~nel rispetto dei limiti di cui all'articolo 3,~~ è ammesso a partecipare il personale dedicato alla ricerca in sanità. Costituiscono titoli di accesso ai concorsi**, per le discipline di riferimento**, anche la lauree **di cui agli artt. 12,32,37 del DPR 5 giugno 2001 n. 328.**
2. Per le finalità di cui al comma 1 il dottorato di ricerca costituisce titolo alternativo al diploma di specializzazione.	**2. Per le finalità di cui al comma 1 costituiscono titolo alternativo al diploma di specializzazione il dottorato di ricerca e *l'attività di ricerca in sanità svolta per un periodo minimo di 5 anni, anche se non consecutivi, in virtù dello svolgimento di progetti finanziati con i fondi ex art. 12 e 12/bis del D.lgs 502/92 e s.m.i., e con fondi internazionali***
3. Per le proroghe dei contratti di lavoro del personale degli enti di ricerca si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3. A tal fine possono essere altresì essere utilizzate le risorse di cui all'articolo 1, comma 188, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e successive modificazioni, esclusivamente per il personale direttamente impiegato in specifici progetti di ricerca finanziati con le predette risorse e limitatamente alla durata dei progetti medesimi.	**3.** ***Nelle more della adozione della disciplina afferente il personale di ricerca in sanità, con particolare riferimento alla figura del ricercatore, i rapporti di lavoro a tempo determinato dei ricercatori nel SSN, ivi compreso l'ISS, in essere alla data di entrata in vigore della Legge n. 125 del 30 ottobre 2013 di conversione del Decreto Legge 101/2013, sono prorogati fino alla scadenza naturale del contratto ovvero fino*** **al 31 dicembre 2016.** A tal fine possono essere altresì essere utilizzate le risorse di cui all'articolo 1, comma 188, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e successive modificazioni, esclusivamente per il personale direttamente impiegato in specifici progetti di ricerca finanziati con le predette risorse e limitatamente alla durata dei progetti medesimi.
4. Il personale medico in servizio continuativo da almeno 5 anni nei pronto soccorso delle Aziende Sanitarie è ammesso a partecipare ai concorsi di	4. Il personale medico in servizio da almeno 5 anni, **senza apprezzabile interruzione**, presso i servizi di emergenza sanitaria è ammesso a partecipare ai concorsi di cui al presente

cui al presente decreto ancorché non in possesso del diploma di specializzazione.	decreto ancorché non in possesso del diploma di specializzazione.
5. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche all'Istituto superiore di sanità che, esclusivamente per il personale dedicato alla ricerca in sanità, può bandire apposite procedure concorsuali.	idem

Il Commissario Straordinario
per la revisione della spesa

Programma di Lavoro

Presentato il 12 novembre 2013

Discusso dal Comitato interministeriale per la revisione della Spesa Pubblica il 19 novembre 2013

Il programma di lavoro si riferisce ai tre anni previsti dall'articolo 49-bis del decreto-legge n.69 del 2013 (Decreto del "Fare") per l'attività del Commissario, con un maggior dettaglio nella descrizione delle attività del primo anno. Un aggiornamento del programma verrà presentato almeno ogni sei mesi al Comitato Interministeriale per la revisione della spesa (RS).

Il lavoro del Commissario ha due obiettivi principali:

1. condurre la RS delle amministrazioni pubbliche e società controllate (come definite all'art. 49-bis del Decreto del "Fare") per il periodo 2014-16.
2. istituzionalizzare il processo di RS in modo che diventi parte integrante del processo di preparazione del bilancio dello Stato e delle altre amministrazioni pubbliche.

Il fine di queste attività è la modernizzazione delle procedure e modalità di spesa delle amministrazioni pubbliche in modo da fornire servizi pubblici di alta qualità al più basso costo possibile per il contribuente.

I. La RS per il periodo 2014-16

Obiettivi quantitativi:

1. Il Disegno di Legge di Stabilità del 2014 definisce alcuni obiettivi di risparmio della spesa per il periodo 2014-17 (art. 10, co. 32-35): nessun risparmio è previsto per il 2014, mentre negli anni successivi i risparmi di spesa sono di 3,6 miliardi nel 2015, 8,3 miliardi nel 2016 e 11,3 miliardi a decorrere dal 2017. [1]
2. In sede politica dovrà essere valutata l'opportunità di andare oltre questi obiettivi minimi, individuando risparmi addizionali già nel 2014 e con più apprezzabili risparmi complessivi per il periodo 2014-16 rispetto al quadro a politiche invariate della Legge di Stabilità.

Obiettivi qualitativi:

1. L'essenza di una RS è il raggiungimento di certi obiettivi di spesa mantenendo una elevata qualità dei servizi pubblici.
2. Ciò richiede di focalizzare la RS sui guadagni di efficienza, cioè sulla minimizzazione dei costi di produzione dei servizi correnti (riduzione degli sprechi).
3. Tuttavia, la RS affronterà anche questioni di perimetro e cioè l'individuazione di programmi di spesa a bassa priorità i cui benefici non giustifichino il costo per il contribuente o siano inferiori rispetto a quelli di altri programmi di spesa che potrebbero essere sotto finanziati.
4. Dato l'obiettivo in termini di qualità dei servizi (e non solo di risparmio), la RS potrà includere anche proposte che portino ad un miglioramento della qualità, a parità di spesa.

Uso delle risorse ed effetti macroeconomici e distributivi:

1. Il disegno di Legge di Stabilità indica come i risparmi minimi sopra citati saranno utilizzati, ma, come indicato nella audizione al Senato del Ministro Saccomanni del 29 ottobre, risparmi aggiuntivi consentirebbero un'ulteriore accelerazione del processo di riduzione della pressione fiscale.
2. Un'analisi degli effetti macroeconomici e distributivi delle misure di risparmio sulla spesa emergenti dalla RS è essenziale per valutarne l'impatto, ma sarà svolta solo una volta

[1] Questi obiettivi sono definiti rispetto ad uno scenario che incorpora le misure già definite nel Disegno di Legge di Stabilità.

identificato, a livello politico, l'uso delle risorse addizionali che verranno reperite dalla RS: esaminare le misure di risparmio di spesa in modo parziale non sarebbe utile.

Metodologia

1. In linea con l'esperienza internazionale e al fine di aumentarne il grado di responsabilità, l'intera amministrazione pubblica sarà coinvolta direttamente nei lavori della RS.
2. Il Commissario opererà sulla base delle indicazioni fornite dal Comitato Interministeriale e, più in generale, dal Governo, cui spetta l'indirizzo e il coordinamento della RS, a cominciare dalla definizione degli obiettivi quantitativi di risparmio da perseguire, svolgendo un ruolo attivo e propositivo.
3. In concreto, le attività di RS verranno organizzate nel modo seguente:
   i. Il Commissario sarà coadiuvato da un "gruppo di base" formato da una decina di persone, tratte dal settore pubblico senza costi aggiuntivi per la pubblica amministrazione, con ruolo di coordinamento delle attività, conduzione di lavori analitici e promozione delle attività della RS anche attraverso presentazioni pubbliche.
   ii. Intorno al gruppo di base si formeranno gruppi di lavoro su temi specifici organizzati sia "verticalmente" (per centri di spesa, per esempio ministeri) che "orizzontalmente" (per tematiche, per esempio acquisto di beni e servizi).
   iii. Ad ogni gruppo di lavoro verrà assegnato un chiaro mandato in termini di temi da coprire (vedi sezione sui "temi" della RS) e precise scadenze.
   iv. I gruppi di lavoro saranno a composizione mista, includendo rappresentanti dei centri di spesa, della Ragioneria Generale dello Stato, del gruppo di base della RS e, se disponibili a titolo gratuito, accademici o altri soggetti qualificati. Risulterà essenziale per i gruppi di lavoro consultare e ricevere il contributo delle parti sociali.
   v. Ogni gruppo di lavoro avrà un "coordinatore" che, per i gruppi che coprono le attività ministeriali, sarà un rappresentante del ministero. Il coordinatore sarà il responsabile principale del gruppo di lavoro e lavorerà a stretto contatto con il Commissario. Il Commissario manterrà indipendenza di giudizio rispetto all'attività dei gruppi di lavoro.
   vi. I gruppi di lavoro potranno formare, se necessario, "tavoli" per considerare problemi specifici.
4. Uno stretto coordinamento delle attività di RS è essenziale, anche al fine di evitare il proliferare di iniziative non coordinate che interferiscano con l'azione sistematica e organica della RS. A questo fine potrebbe essere creato un comitato di coordinamento della RS che comprenderebbe il Commissario, un Vice Ministro (o sottosegretario) per ministero, e rappresentanti degli enti territoriali. In alternativa, il coordinamento potrebbe essere esercitato direttamente dal Comitato Interministeriale e dalla Presidenza del Consiglio.
5. Il gruppo di base definirà una metodologia precisa per contabilizzare i risparmi di spesa in modo omogeneo tra i diversi gruppi.

Scadenze

1. La composizione del gruppo di base è stata completata, mentre i gruppi di lavoro saranno costituiti entro fine novembre.
2. Data l'ampiezza dei temi trattati, la RS procederà per fasi:
   a. Dicembre 2013-Febbraio 2014: prima fase di ricognizione tecnica per definire le misure legislative e amministrative che potrebbero essere approvate già a metà del 2014 e quantificazione dei relativi risparmi di spesa nel 2014 e negli anni successivi.
   b. Marzo-Aprile 2014: utilizzo della ricognizione tecnica nell'ambito del Documento di Economia e Finanza per la formulazione degli obiettivi di finanza pubblica,

con riferimento non solo alla spesa complessiva delle Amministrazioni Pubbliche ma anche a quella dei singoli centri di spesa (ministeri e, a livello aggregato, enti territoriali). I centri di spesa dovranno definire le misure che questi intendono adottare per raggiungere i nuovi obiettivi: queste potranno variare (o integrare) le raccomandazioni dei gruppi di lavoro, purché gli obiettivi di spesa siano conseguiti. Al tempo stesso, verrà presa la decisione finale sulle forme di utilizzo delle risorse rese disponibili dalla RS.

c. Aprile 2014: analisi dell'impatto macroeconomico e distributivo delle misure.

d. Alcune misure potrebbero essere introdotte anche prima delle scadenze sopra indicate.

e. Maggio-Luglio 2014: implementazione delle misure a livello legislativo, con effetti distribuiti nel 2014 e nel corso del triennio successivo.

3. La seconda fase ricalca il processo della prima, sviluppando temi che non è stato possibile affrontare in precedenza, avendo come strumento decisionale fondamentale la Legge di Stabilità del 2015.

4. Il gruppo di base della RS continuerà, dopo la fase di approvazione delle misure, a monitorare la loro effettiva realizzazione.

5. Viste anche le scadenze ambiziose della RS, sarà essenziale utilizzare al meglio l'imponente mole di analisi già prodotta nell'ambito delle precedenti attività di RS.

Temi della RS

1. La RS, sulla base di quanto previsto dal Decreto del "Fare", copre l' intera spesa delle pubbliche amministrazioni e delle società controllate, escluse quelle che emettono titoli.

2. In linea con la pratica internazionale, la RS non includerà la spesa per interessi. Le cosiddette "spese fiscali" (esenzioni e trattamenti fiscali privilegiati) verranno trattate nei casi in cui esista un elevato grado di omogeneità economica rispetto alle spese (per esempio, con i sussidi).

3. L'allegato include l'elenco dei gruppi di lavoro della RS e dei temi che verranno coperti. Questi temi non sono, tuttavia, esaustivi e i gruppi potranno esplorare aree di risparmio, non esplicitamente considerate nell'allegato, che emergeranno nel corso della loro attività.

4. In aggiunta, si richiederà ai gruppi verticali di trattare alcuni temi generali:

a. quali programmi o attività sono considerati di minore utilità sulla base della esperienza recente;

b. quale è l'interesse pubblico riguardo le varie attività svolte dal centro di spesa e quali attività potrebbero essere svolte dal privato senza svantaggi per la cittadinanza;

c. di quanto sarebbe possibile ridurre la spesa per beni e servizi nel settore di competenza se fossero disponibili strumenti adeguati (e quali);

d. quante posizioni sono occupate da personale non assegnato a compiti essenziali (anche tenuto conto delle misure che vengono proposte) e in quali aree il personale è invece insufficiente;

e. come si potrebbe riorganizzare la struttura dell'ente di spesa per ridurre i costi di gestione.

In alcuni casi più rilevanti, tanto ai gruppi verticali che a quelli orizzontali potrà essere richiesto di rispondere a domande quantitativamente precise (per esempio, quali misure dovrebbero essere intraprese per ottenere risparmi pari a una certa percentuale).

5. Gli organi costituzionali e a rilevanza costituzionale saranno esclusi dalla copertura diretta della RS. Questo alla luce della autonomia costituzionale di questi organi che non sono direttamente oggetto delle attività del Comitato Interministeriale cui il Commissario riporta. Tuttavia, il Commissario promuoverà la realizzazione di esercizi di RS autonoma da parte di

questi enti, mettendo anche a loro disposizione le metodologie sviluppate nel corso della RS e restando a disposizione per monitorare in modo trasparente i progressi raggiunti.

Altre attività condotte dal Commissario

1. Il Commissario, se richiesto, svolgerà audizioni presso le competenti Commissioni parlamentari.
2. Il Commissario comunicherà con i media e con il pubblico, anche attraverso il sito del MEF, per illustrare le finalità della RS, il piano dei lavori e i progressi fatti e per ricevere contributi strutturati.
3. Il Commissario manterrà uno stretto contatto con i responsabili di altre iniziative volte all'efficientamento della Pubblica Amministrazione e seguirà, in particolare, le iniziative connesse all' Agenda Digitale.
4. Verranno anche intraprese iniziative volte ad aumentare gli incentivi ad un uso efficiente delle risorse. In particolare:
    a. Ispezioni e verifiche potranno essere disposte da parte dell'Ispettorato per la Funzione Pubblica, della RGS e della Guardia di Finanza presso gli enti di spesa che, sulla base di indicatori oggettivi, presentano volumi di spesa anomali.
    b. Incentivi all'efficienza perverranno anche da iniziative per aumentare la trasparenza della spesa pubblica quali la pubblicazione di banche dati sulla spesa pubblica e di appropriate classifiche che evidenzino i centri di spesa virtuosi e quelli meno efficienti.
    c. Sarà studiato un sistema di incentivi finanziari che facilitino la collaborazione dei centri di spesa nella individuazione di risparmi di spesa.
5. Alcuni temi trasversali verranno sviluppati direttamente dal gruppo di base perché non abbastanza complessi da giustificare la creazione di gruppi di lavoro (per esempio, la assegnazione di "auto blu ", i costi delle consulenze).

II. Istituzionalizzazione della Revisione della Spesa

Obiettivo:

1. Integrazione delle RS con la preparazione del bilancio dello Stato (e, in linea di principio, del bilancio degli enti decentrati che dovrebbero condurre al loro interno RS periodiche).
2. Ciò richiede, la definizione della frequenza delle RS (che vengono di solito condotte, almeno in forma completa, ogni due o tre anni con un orizzonte temporale triennale) col fine di mantenere la spesa efficiente e ridirigerla sulla base delle priorità economiche emergenti.

Riforme necessarie

1. La RS deve essere parte del processo di riforma del bilancio avviato con la Legge 196 del 2009. Quest'ultima ha riclassificato il bilancio in missioni e programmi cui sono associati indicatori di performance come guida alla decisione sui programmi di spesa da mantenere, sopprimere o modificare. A regime, la valutazione di questi programmi può diventare il fulcro delle RS (svolgendo il ruolo che nella RS corrente è svolta dal lavoro sui "temi" individuati). Tuttavia, al momento, i programmi e gli indicatori, come attualmente definiti, non rappresentano una base adeguata per una RS. Sembra importante:

a. Riconsiderare la definizione dei programmi di spesa e dei relativi indicatori.

b. Organizzare corsi di formazione per facilitare la diffusione dell'uso di indicatori di risultato utili per la valutazione dei programmi di spesa e diffondere la metodologia della RS anche a livello locale.

c. Aumentare la flessibilità gestionale dei dirigenti pubblici e organizzare programmi di formazione volti a trasformarli in veri manager della spesa pubblica interessati non solo al rispetto formale delle regole contabili ma anche al contenimento dei costi e al miglioramento della qualità dei servizi.[2]

d. Rivedere le strutture di controllo e di valutazione della efficacia ed efficienza della spesa, anche attraverso un potenziamento degli strumenti per valutare il grado di soddisfazione da parte degli utenti di servizi pubblici.

Scadenze

1. Nel 2014 verrà data precedenza alla conduzione della RS discussa nella sezione I. Successivamente il piano sarà articolato secondo le seguenti tempistiche:
   a. 2015: lavoro di preparazione per la revisione dei programmi e degli indicatori
   b. 2016: attività di formazione per la realizzazione di una RS basata su programmi e indicatori
   c. 2016: preparazione della RS per il periodo 2017-19 sulla base della nuova metodologia
2. Nel 2015 e 2016 continueranno le attività di monitoraggio delle riforme identificate nella RS del 2014-16.

[2] Una maggiore flessibilità è stata introdotta dalla L. 196 del 2012 ma, nella maggior parte dei casi, è ristretta da vincoli amministrativi.

ALLEGATO: Temi e gruppi di lavoro della RS

I. **Temi e gruppi orizzontali**

1 Beni e servizi: prezzi di acquisto beni e servizi (come rafforzare il ruolo della CONSIP; centrali di acquisto) (escluso sanità; vedi gruppo di lavoro sulla sanità)

2 Immobili: razionalizzazione utilizzo immobili (Spesa per locazioni, contratti di fornitura dei servizi energetici, global service, manutenzione)

3 Organizzazione amministrativa (razionalizzazione e accorpamento delle amministrazioni centrali) con il pieno utilizzo dei benefici del completamento dell'Agenda Digitale

4 Pubblico impiego: Mobilità del lavoro (compresa l' esplorazione di canali di uscita e rivalutazione delle misure sul turnover) e armonizzazione del sistema retributivo e contrattualistico nel pubblico impiego, anche al fine di incentivare la mobilità tra amministrazioni e funzioni

5 Fabbisogni e costi standard: promozione nel completamento e applicazione

6 Costi della politica (per regioni, province, comuni; finanziamenti pubblici ai partiti, etc.)

7 Qualità spese di investimento (ottimizzazioni procedure di spesa, incluso normativa su appalti, stazione unica di appalto)

8 Società partecipate pubbliche: criteri per affidamento, razionalizzazione, vincolo di bilancio, dismissione, riduzione numero, etc., incluso:

a. Amministrazioni territoriali
b. Stato (RAI, Invitalia, Casse conguaglio, GSE, Istituto di Credito sportivo, Agenzie servizi difesa, Poligrafico dello stato, Rete Autostradale Mediterranee, etc.)
c. Altre amministrazioni (partecipate da università, camere di commercio, etc.)

II. **Temi e gruppi verticali**

A. Presidenza del Consiglio dei Ministri

1. Razionalizzazione dipartimenti e dirigenti
2. Protezione civile (razionalizzazione uso risorse, prevenzione)
3. Scuole di formazione (Scuola Superiore Pubblica Amministrazione)
4. Contributi all'editoria
5. Enti vigilati[3] (FORMEZ etc.)

B. Ministeri

1. Economia e Finanza
   - 1.1. Incentivi alle imprese, all'internazionalizzazione e crediti di imposta vari (cfr. gruppi di lavoro su Sviluppo Economico e Esteri)
   - 1.2. Revisione funzionamento Commissioni tributarie e agenzie fiscali
   - 1.3. Razionalizzazione rete territoriale del ministero
   - 1.4. Coordinamento funzionamento guardia di finanza con altri corpi (polizia, carabinieri, forestali)
   - 1.5. Servizi di informatica e centri elaborazione dati
   - 1.6. Scuole di formazione (Scuola Superiore di Economia e Finanza)
   - 1.7. Enti vigilati (per esempio Coni)

2. Sviluppo Economico
   - 2.1 Revisione trasferimenti alle imprese: contratto di servizio Poste, incentivi imprese, ricerca, etc.
   - 2.2 Razionalizzazione camere di commercio
   - 2.3 Ispettorati territoriali delle comunicazioni
   - 2.4 Revisione del sistema di internazionalizzazione delle imprese. Garanzie all'esportazione. Destinazione Italia (in connessione con Esteri e MEF)

[3] Il termine "enti vigilati" si deve interpretare come inclusivo di comitati e commissioni ove applicabile

2.5 Razionalizzazione enti fiera
2.6 Enti vigilati

3. Lavoro e politiche sociali
3.1 Razionalizzazione direzioni generali e provinciali del lavoro
3.2 Controlli su irregolarità nelle prestazioni
3.3 INPS e altri enti previdenziali (completamento accorpamento enti previdenziali e razionalizzazione spese immobiliari)
3.4 Enti vigilati (Isfol, etc.)
3.5 La RS potrà inoltre formulare proposte anche su spese dove è largamente prevalente il connotato redistributivo:
3.5.1 Prestazioni di previdenza (es. "pensioni d'oro", pensioni di reversibilità in relazione al passaggio al contributivo etc.)
3.5.2 Prestazioni assistenziali (miglior targeting)

4. Giustizia
4.1 Riorganizzazione istituti penitenziari. Superamento gestione commissariale Piano carceri
4.2 Razionalizzazione della gestione del servizio intercettazioni telefoniche, telematiche ed ambientali
4.3 Uffici giudiziari, razionalizzazione del processo di informatizzazione e implementazione della revisione della geografia giudiziaria

5. Affari esteri
5.1 Razionalizzazione della rete diplomatico-consolare e culturale all'estero, con riequilibrio tra personale di ruolo e personale assunto localmente (cfr. Destinazione Italia)
5.2 Indennità personale diplomatico
5.3 Scuole italiane all'estero, istituti di cultura ed Enti vigilati

6. Istruzione, università e ricerca
6.1 Scuola:
a) Rivisitazione della dimensione delle scuole
b) Insegnanti di sostegno
c) Docenti inidonei
d) Edilizia scolastica (razionalizzazione fondi)
6.2 Criteri di finanziamento università e ristrutturazione rete universitaria
6.3 Fondi per la ricerca. Revisione criteri di assegnazione (CNR, ENEA, etc.)
6.4 Enti vigilati

7. Interno
7.1 Polizia di Stato (coordinamento con carabinieri, Guardia di Finanza, forestali) (cfr: tema orizzontale Immobili)
7.2 Razionalizzazione rete prefetture
7.3 Vigili del fuoco
7.4 Scuole di formazione ed enti vigilati

8. Ambiente
8.1 Razionalizzazione della struttura.
8.2 Superamento gestioni commissariali per la difesa del suolo
8.3 Enti parco ed altri enti vigilati

9 Infrastrutture e trasporti

- 9.1 Capitanerie di Porto, guardia costiera, autorità portuali
- 9.2 Riforma della Motorizzazione Civile-ACI
- 9.3 Provveditorati Interregionali per le Opere Pubbliche (revisione centrali appaltanti)
- 9.4 Revisione trasferimenti alle imprese: autotrasporto, trasporto pubblico (FS), strade
- 9.5 Trasporto pubblico locale (cfr. tema orizzontale: partecipate)
- 9.6 Enti vigilati (ANAS, ENAC, ENAV, etc.)
- 9.7 Gestioni governative (Lago di Garda, etc.)

10. Difesa
- 10.1 Coordinamento con altre forze per riduzione organici e immobili (polizia, guardia di finanza)
- 10.2 Sanità militare e prestazioni specifiche (cure termali)
- 10.3 Revisione programmi militari e incentivi alle imprese
- 10.4 Scuole di formazione ed enti vigilati

11. Politiche agricole e forestali
- 11.1 Razionalizzazione dell'attività operativa svolta
- 11.2 Coordinamento tra: Corpo forestale dello Stato, Carabinieri, Polizia, GdF; reparto pesca marittima del Corpo delle capitanerie di porto, Antifrodi-Asl
- 11.3 Razionalizzazione enti di ricerca (CRA, INEA, Ente risi, etc.) ed enti vigilati
- 11.4 Revisione trasferimenti alle imprese: agricoltura

12. Beni e attività culturali e turismo
- 12.1 Archivi di Stato, Soprintendenze archivistiche, Biblioteche statali
- 12.2 Responsabilità e autonomia di gestione aree museali (aumento finanziamenti privati e sponsorship)
- 12.3 Enti lirici (cfr. tema orizzontale: società partecipate pubbliche)
- 12.4 Enti vigilati

13. Salute
- 13.1 Riassetto organizzativo della rete periferica veterinaria e medica
- 13.2 Completamento trasferimento funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante
- 13.3 Enti vigilati
- 13.4 Sanità
  - 13.4.1 Centrali acquisto (farmaci, beni e servizi sanitari e non)
  - 13.4.2. Protocolli terapeutici e appropriatezza delle prestazioni
  - 13.4.3 Revisione livelli essenziali anche con riferimento a particolari categorie

C. Amministrazioni Locali

1. Regioni (escluso sanità e trasporti)
   - 1.1 Costi/fabbisogni standard su servizi generali e altre funzioni proprie (cfr. tema orizzontale corrispondente)
   - 1.2 Risparmi possibili per le Regioni a statuto speciale

2. Province
   - 2.1 Riorganizzazione/riduzione competenze/soppressione

3. Comuni
   3.1 Crescita dimensionale piccoli comuni, unioni di comuni, comunità montane, consorzi
   3.2 Applicazione costi/fabbisogni standard (cfr. tema orizzontale corrispondente)

Nuovi scenari per la nostra professione: obblighi e doveri secondo le normative europee

Vito Tummino

Le nuove normative europee ci impongono standard di prestazioni, erogabili dai servizi sanitari, che devono essere in linea con queste norme. In particolare l'offerta di prestazioni sanitarie su base europea, costruisce un sistema di condivisione di norme e regole che rende confrontabili ed evidenti le procedure nelle strutture sanitarie che erogano prestazioni (Revisione dell'accreditamento istituzionale Direttiva 2011/24/UE). Le procedure di accreditamento obbligatorie in base al DPR10/12/1997 n. 484 hanno il compito di garantire la corretta assistenza ai pazienti a tutti i livelli di erogazione.
Questo comporta una ridefinizione complessiva della possibilità di azioni professionali verso la salute dei cittadini.
La tutela della salute dei pazienti dipende dai seguenti fattori:

1. Livello di conoscenze scientifiche e competenze del singolo professionista/dirigente sanitario;
2. Livello di conoscenze accumulato dalla comunità scientifica, che devono essere rese esplicite in linee guida specifiche;
3. Tipi di tecnologie utilizzate e/o utilizzabili;
4. Condizioni organizzative (carenza di personale, mancanza di attrezzature o assenza di aggiornamento).

Ciò significa che sia per i medici che per gli psicologi – riconosciuti professionisti della salute – che operano nelle strutture sanitarie devono:

a) Fornire compiere una scelta informata (direttiva sotto riportata Capo II punto b),
b) Avere le necessarie competenze (direttiva sotto riportata Capo II punto b),
c) Fornire procedure trasparenti per le denunce a copertura di eventuali danni (direttiva sotto riportata Capo II punto c),
d) Avere una copertura assicurativa (direttiva sotto riportata Capo II punto d),
e) Avere una cartella clinica, scritta o elettronica, in cui si è registrato il trattamento sanitario (direttiva sotto riportata Capo II punto f).

In sintesi significa per gli psicologi dover operare secondo gli obblighi suesposti per la tutela della salute dei cittadini, nel rispetto delle linee guida, protocolli diagnostici e delle procedure condivise nell'applicazione dei LEA secondo le direttiva europea, diventata legge il 25 ottobre 2013.
Questo pone serie domande sulla presenza dei tirocinanti di specializzazione in psicoterapia per operare nel sistema sanitario e che fino ad oggi ha consentito ai colleghi in formazione di avere il giusto luogo di addestramento. I livelli di responsabilità che gli psicologi si devono assumere implicano anche difficili scelte (chi è responsabile di chi?) per i giovani colleghi in formazione.
Con questo nuovo scenario per la professione è bene che la comunità degli psicologi si confronti.

4.4.2011 IT Gazzetta ufficiale dell'Unione europea L 88/45

DIRETTIVE

DIRETTIVA 2011/24/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO

del 9 marzo 2011

concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera

IL PARLAMENTO EUROPEO E IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,

visto il trattato sul funzionamento dell'Unione europea, in particolare gli articoli 114 e 168,

vista la proposta della Commissione europea,

visto il parere del Comitato economico e sociale europeo [1],

visto il parere del Comitato delle regioni [2],

deliberando secondo la procedura legislativa ordinaria [3],

considerando quanto segue:

(1) A norma dell'articolo 168, paragrafo 1, del trattato sul funzionamento dell'Unione europea («TFUE») nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana. Ne consegue che un livello elevato di protezione della salute umana deve essere garantito anche nel caso in cui l'Unione adotti atti a norma di altre disposizioni del trattato.

(2) L'articolo 114 TFUE costituisce la base giuridica appropriata dato che la maggior parte delle disposizioni della presente direttiva hanno lo scopo di migliorare il funzionamento del mercato interno e la libera circolazione di merci, persone e servizi. Dal momento che sono soddisfatte le condizioni per il ricorso, quale base giuridica, all'articolo 114 TFUE, la normativa dell'Unione deve basarsi su questa base giuridica anche nel caso in cui la protezione della sanità pubblica sia un elemento determinante delle scelte operate. A questo proposito, l'articolo 114, paragrafo 3 TFUE dispone esplicitamente che, nel realizzare l'armonizzazione, sia garantito un livello elevato di protezione della salute umana, tenuto conto, in particolare, degli eventuali nuovi sviluppi fondati su riscontri scientifici.

(3) I sistemi sanitari nell'Unione sono un elemento centrale dei livelli elevati di protezione sociale dell'Unione e contribuiscono alla coesione e alla giustizia sociali e allo sviluppo sostenibile. Essi fanno parte dell'ampia gamma di servizi di interesse generale.

(4) Nonostante la possibilità per i pazienti di ricevere assistenza sanitaria transfrontaliera ai sensi della presente direttiva, gli Stati membri sono comunque tenuti sul loro territorio a prestare ai cittadini un'assistenza sanitaria sicura, di qualità elevata, efficiente e quantitativamente adeguata. Inoltre, il recepimento della presente direttiva nella legislazione nazionale e la sua applicazione non dovrebbero condurre a una situazione in cui i pazienti siano incoraggiati a ricevere le cure fuori dal loro Stato membro di affiliazione.

(5) Come riconosciuto dal Consiglio nelle conclusioni dell'1 e 2 giugno 2006 sui «valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea» [4] («le conclusioni del Consiglio»), esiste una serie di principi operativi condivisi dai sistemi sanitari di tutta l'Unione. Questi principi operativi sono necessari per garantire che i pazienti abbiano fiducia nell'assistenza sanitaria transfrontaliera, condizione indispensabile per realizzare la mobilità dei pazienti e conseguire un elevato livello di protezione della salute. Nella stessa dichiarazione, il Consiglio ha riconosciuto che le modalità pratiche in cui detti valori e principi si concretizzano presentano sensibili differenze da uno Stato membro all'altro. Deve in particolare restare nel contesto nazionale l'adozione delle decisioni sull'offerta di assistenza sanitaria cui i cittadini hanno diritto e i meccanismi tramite i quali essa è finanziata e prestata, ad esempio la decisione per stabilire in che misura sia opportuno lasciare la gestione dei sistemi sanitari esposta ai meccanismi di mercato e alle pressioni concorrenziali.

(6) Come sancito in varie occasioni dalla Corte di giustizia dell'Unione europea (la «Corte di giustizia»), pur riconoscendone la natura specifica, tutti i tipi di cure sanitarie rientrano nell'ambito di applicazione del TFUE.

[1] GU C 175 del 28.7.2009, pag. 116.
[2] GU C 120 del 28.5.2009, pag. 65.
[3] Posizione del Parlamento europeo del 23 aprile 2009 (GU C 184 E dell'8.7.2010, pag. 368), posizione del Consiglio in prima lettura del 13 settembre 2010 (GU C 275 E del 12.10.2010, pag. 1), posizione del Parlamento europeo del 19 gennaio 2011 (non ancora pubblicata nella Gazzetta ufficiale) e decisione del Consiglio del 28 febbraio 2011.
[4] GU C 146 del 22.6.2006, pag. 1.

(7) La presente direttiva rispetta e non pregiudica la facoltà di ciascuno Stato membro di decidere il tipo di assistenza sanitaria ritenuta opportuna. Nessuna disposizione della presente direttiva dovrebbe essere interpretata in modo tale da compromettere le scelte etiche fondamentali degli Stati membri.

(8) La Corte di giustizia si è già pronunciata su alcuni aspetti dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, in particolare sul rimborso delle cure sanitarie prestate in uno Stato membro diverso da quello in cui è residente il destinatario delle cure. La presente direttiva ha la finalità di pervenire a una più generale, nonché efficace, applicazione dei principi elaborati dalla Corte di giustizia attraverso singole pronunce.

(9) Nelle conclusioni del Consiglio, quest'ultimo ha riconosciuto la particolare rilevanza di un'iniziativa sulle cure sanitarie transfrontaliere che offra ai cittadini dell'Unione chiarezza sui loro diritti allorché si spostano da uno Stato membro all'altro, per assicurare la certezza del diritto.

(10) La presente direttiva mira a istituire norme volte ad agevolare l'accesso a un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità nell'Unione e a garantire la mobilità dei pazienti conformemente ai principi sanciti dalla giurisprudenza della Corte di giustizia e a promuovere la cooperazione tra gli Stati membri in materia di assistenza sanitaria, nel pieno rispetto delle competenze degli Stati membri riguardanti la definizione delle prestazioni sociali di carattere sanitario, l'organizzazione e la prestazione di cure sanitarie, dell'assistenza medica e delle prestazioni di sicurezza sociale, in particolare di quelle per malattia.

(11) La presente direttiva si dovrebbe applicare ai singoli pazienti che decidono di ricorrere all'assistenza sanitaria in uno Stato membro diverso dallo Stato membro di affiliazione. Come confermato dalla Corte di giustizia, né la sua natura particolare né la modalità della sua organizzazione o del suo finanziamento esclude l'assistenza sanitaria dall'ambito di applicazione del principio fondamentale della libera prestazione dei servizi. Tuttavia, lo Stato membro di affiliazione può scegliere di limitare il rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera per motivi connessi alla qualità e alla sicurezza dell'assistenza sanitaria prestata, quando ciò possa essere giustificato da un motivo imperativo di interesse generale relativo alla sanità pubblica. Lo Stato membro di affiliazione può anche disporre ulteriori misure fondate su motivi diversi quando ciò possa essere giustificato da un motivo imperativo di interesse generale. In effetti, la Corte di giustizia ha statuito che la sanità pubblica rientra nei motivi imperativi di interesse generale che possono giustificare restrizioni alla libertà di circolazione prevista dai trattati.

(12) La nozione di «motivi imperativi di interesse generale» cui fanno riferimento alcune disposizioni della presente direttiva è stata progressivamente elaborata dalla Corte di giustizia nella propria giurisprudenza relativa agli articoli 49 e 56 TFUE, e potrebbe continuare ad evolvere. La Corte di giustizia ha più volte statuito che i motivi imperativi di interesse generale possono giustificare un ostacolo alla libera prestazione di servizi, quali le esigenze di pianificazione riguardanti l'obiettivo di assicurare, nel territorio dello Stato membro interessato, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o la volontà di garantire un controllo dei costi e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane. La Corte di giustizia ha altresì riconosciuto che anche l'obiettivo di mantenere, per motivi di sanità pubblica, un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile può rientrare in una delle deroghe di cui all'articolo 52 TFUE, nella misura in cui contribuisce al conseguimento di un elevato livello di protezione della salute. La Corte di giustizia ha altresì affermato che tale disposizione del TFUE consente agli Stati membri di limitare la libertà di prestare servizi medico-ospedalieri nella misura in cui il mantenimento delle strutture sanitarie o delle competenze mediche sul territorio nazionale è fondamentale per la sanità pubblica.

(13) Naturalmente, l'obbligo di rimborsare i costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera dovrebbe essere limitato all'assistenza sanitaria cui la persona assicurata ha diritto conformemente alla legislazione dello Stato membro di affiliazione.

(14) La presente direttiva non si dovrebbe applicare ai servizi il cui scopo primario è sostenere le persone che necessitano di assistenza nello svolgimento di compiti quotidiani e di routine. Più specificatamente, la presente direttiva non si dovrebbe applicare ai servizi di assistenza a lungo termine considerati necessari per permettere alla persona che necessita di cure di condurre una vita il più possibile completa ed autonoma. Pertanto, la presente direttiva non si dovrebbe applicare, ad esempio, ai servizi di assistenza a lungo termine prestati da servizi di assistenza a domicilio o in istituti di residenza assistita e in residenze per anziani («case di cura»).

(15) Data la loro specificità, l'accesso agli organi e la relativa assegnazione ai fini del trapianto di organi non dovrebbe rientrare nell'ambito di applicazione della presente direttiva.

(16) Ai fini del rimborso dei costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, la presente direttiva dovrebbe contemplare non solo la situazione in cui al paziente è prestata assistenza sanitaria in uno Stato membro diverso dallo Stato membro di affiliazione, ma anche la prescrizione, la somministrazione e la fornitura di medicinali e dispositivi medici, ove quest'ultimi vengano forniti nel contesto di un servizio sanitario. La definizione di assistenza sanitaria transfrontaliera dovrebbe comprendere sia la situazione in cui un paziente acquista tali medicinali e dispositivi medici in uno Stato membro diverso dallo Stato membro di affiliazione, sia la situazione in cui un paziente acquista tali medicinali e dispositivi medici in un altro Stato membro diverso da quello in cui è stata rilasciata la prescrizione.

(17) La presente direttiva dovrebbe far salve le norme degli Stati membri relative alla vendita via internet di medicinali e dispositivi medici.

(18) La presente direttiva non dovrebbe conferire ad alcuna persona il diritto d'ingresso, di soggiorno o di residenza in uno Stato membro al fine di ricevervi assistenza sanitaria. Nel caso in cui il soggiorno di una persona nel territorio di uno Stato membro non sia conforme alla legislazione di detto Stato membro sul diritto d'ingresso o soggiorno nel suo territorio, tale persona non dovrebbe essere considerata come una persona assicurata secondo la definizione di cui alla presente direttiva. Gli Stati membri dovrebbero continuare ad avere la possibilità di specificare nella normativa nazionale chi sia considerato come persona assicurata ai fini del loro sistema sanitario nazionale e della normativa sulla sicurezza sociale, fermo restando il rispetto dei diritti dei pazienti riconosciuti dalla presente direttiva.

(19) Quando riceve assistenza sanitaria transfrontaliera, è essenziale che il paziente conosca in anticipo quali saranno le norme applicabili. All'assistenza sanitaria transfrontaliera si dovrebbero applicare le norme previste dalla legislazione dello Stato membro di cura, dal momento che, conformemente alle disposizioni dell'articolo 168, paragrafo 7 TFUE, l'organizzazione e la prestazione di servizi sanitari e d'assistenza medica spetta agli Stati membri. Ciò dovrebbe aiutare il paziente ad operare una scelta informata e dovrebbe evitare malintesi e incomprensioni. Ciò dovrebbe altresì instaurare un elevato livello di fiducia fra paziente e prestatore di assistenza sanitaria.

(20) Per aiutare i pazienti a compiere una scelta informata quando chiedono assistenza sanitaria in un altro Stato membro, gli Stati membri di cura dovrebbero garantire che i pazienti di altri Stati membri ottengano su richiesta le pertinenti informazioni sulle norme di sicurezza e di qualità applicate nel loro territorio, nonché su quali prestatori di assistenza sanitaria vi siano soggetti. Inoltre, i prestatori di assistenza sanitaria dovrebbero fornire ai pazienti che le richiedano informazioni su specifici aspetti dei servizi di assistenza sanitaria da essi prestati e sulle opzioni terapeutiche. Nella misura in cui i prestatori di assistenza sanitaria forniscano già ai pazienti residenti nello Stato membro di cura informazioni pertinenti su tali specifici aspetti, la presente direttiva non dovrebbe obbligarli a fornire informazioni più esaurienti ai pazienti di altri Stati membri. Nulla dovrebbe ostare a che lo Stato membro di cura obblighi altresì soggetti diversi dai prestatori di assistenza sanitaria, quali assicuratori o autorità pubbliche, a fornire informazioni sui specifici aspetti dei servizi di assistenza sanitaria prestati se ciò risulti più appropriato tenuto conto dell'organizzazione del suo sistema di assistenza sanitaria.

(21) Nelle proprie conclusioni, il Consiglio ha riconosciuto che esiste un insieme di valori e principi comuni che sono condivisi in tutta l'Unione sul modo in cui i sistemi sanitari rispondono alle esigenze della popolazione e dei pazienti che tali sistemi servono. I superiori valori di universalità, di accesso a un'assistenza di elevata qualità, di equità e di solidarietà sono stati ampiamente riconosciuti nell'azione di diverse istituzioni dell'Unione. Di conseguenza, gli Stati membri dovrebbero altresì garantire il rispetto di tali valori nei confronti dei pazienti e dei cittadini di altri Stati membri ed assicurare un trattamento equo di tutti i pazienti in base ai loro bisogni di assistenza sanitaria e non in base allo Stato membro di affiliazione. Nel far questo gli Stati membri dovrebbero rispettare i principi della libera circolazione delle persone nel mercato interno, della non discriminazione, fra l'altro, in base alla nazionalità, nonché della necessità e proporzionalità di eventuali restrizioni della libera circolazione. La presente direttiva non dovrebbe tuttavia obbligare in alcun modo i prestatori di assistenza sanitaria ad accettare pazienti di altri Stati membri per trattamenti programmati o ad accordare loro una priorità a danno di altri pazienti, danno che può configurarsi ad esempio in un allungamento dei tempi di attesa per altri pazienti. L'afflusso di pazienti può dar luogo a una domanda che supera le capacità esistenti di uno Stato membro relativamente a una determinata cura. In tali casi eccezionali, gli Stati membri dovrebbero mantenere la possibilità di porre rimedio alla situazione per motivi di salute pubblica, conformemente agli articoli 52 e 62 TFUE. Tuttavia tale limitazione dovrebbe far salvi gli obblighi degli Stati membri a norma del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale [1].

(22) È opportuno che si compiano sforzi sistematici e continui al fine di garantire il miglioramento degli standard di qualità e sicurezza, in linea con le conclusioni del Consiglio e tenendo conto dei progressi della scienza medica internazionale e delle buone prassi mediche generalmente riconosciute, nonché delle nuove tecnologie sanitarie.

(23) È essenziale prevedere obblighi comuni chiari in relazione alla previsione di meccanismi volti ad affrontare i casi di danni derivanti dall'assistenza sanitaria, così da evitare che la mancanza di fiducia in questi meccanismi costituisca un ostacolo al ricorso all'assistenza sanitaria transfrontaliera. I sistemi di risarcimento dei danni nello Stato membro di cura dovrebbero far salva la possibilità per gli Stati membri di estendere la copertura offerta dal proprio sistema nazionale ai pazienti del proprio paese che si avvalgono di un'assistenza sanitaria all'estero, quando il ricorso alle cure in un altro Stato membro sia più opportuno per il paziente stesso.

(24) Gli Stati membri dovrebbero garantire che sussistano meccanismi di tutela dei pazienti e di risarcimento dei danni per l'assistenza sanitaria prestata sul loro territorio e che tali meccanismi siano appropriati alla natura o alla portata del rischio. La determinazione della natura e delle modalità di tali meccanismi dovrebbe tuttavia spettare allo Stato membro.

[1] GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1.

(25) La protezione dei dati personali è un diritto fondamentale riconosciuto dall'articolo 8 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea. La capacità di adempiere la continuità dell'assistenza sanitaria transfrontaliera è subordinata al trasferimento di dati personali concernenti la salute del paziente. Tali dati personali dovrebbero poter circolare da uno Stato membro all'altro, salvaguardando però, allo stesso tempo i diritti fondamentali della persona. La direttiva 95/46/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 ottobre 1995, relativa alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati ([1]), riconosce il diritto dei singoli di accedere ai propri dati personali relativi alla salute, quali i dati nelle loro cartelle cliniche, che contengono, ad esempio, informazioni quali la diagnosi, i risultati degli esami, il parere dei medici curanti ed eventuali terapie o interventi praticati. Tali disposizioni si dovrebbero applicare anche all'assistenza sanitaria transfrontaliera oggetto della presente direttiva.

(26) In varie sentenze la Corte di giustizia ha riconosciuto il diritto al rimborso dei costi di assistenza sanitaria prestata in un altro Stato membro da parte del sistema obbligatorio di sicurezza sociale presso il quale il paziente è assicurato. La Corte di giustizia ha statuito che le disposizioni del trattato sulla libera prestazione dei servizi comprendono la libertà, da parte dei destinatari di servizi di assistenza sanitaria, comprese le persone che necessitano di un trattamento medico, di recarsi in un altro Stato membro per fruire di tale trattamento. Lo stesso principio si dovrebbe applicare ai destinatari di servizi di assistenza sanitaria che intendano fruire in un altro Stato membro di assistenza sanitaria prestata con altre modalità, ad esempio sotto forma di assistenza sanitaria on line.

(27) Conformemente ai principi sanciti dalla giurisprudenza della Corte di giustizia, e senza con ciò compromettere l'equilibrio finanziario dei sistemi sanitari e di sicurezza sociale degli Stati membri, è opportuno garantire ai pazienti, come pure ai professionisti sanitari, ai prestatori di assistenza sanitaria e agli istituti di sicurezza sociale una maggiore certezza del diritto in ordine al rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria.

(28) La presente direttiva non dovrebbe pregiudicare i diritti di una persona assicurata quanto all'assunzione dei costi di assistenza sanitaria necessari per ragioni mediche nel corso di un soggiorno temporaneo in un altro Stato membro ai sensi del regolamento (CE) n. 883/2004. Inoltre, la presente direttiva non dovrebbe pregiudicare il diritto di una persona assicurata ad essere autorizzata a ricevere cure in un altro Stato membro se sono soddisfatte le condizioni previste dai regolamenti dell'Unione sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, in particolare dal regolamento (CE) n. 883/2004 o dal regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai membri delle loro famiglie che si spostano all'interno della Comunità ([2]), applicabile in virtù del regolamento (UE) n. 1231/2010 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 novembre 2010, che estende il regolamento (CE) n. 883/2004 e il regolamento (CE) n. 987/2009 ai cittadini di paesi terzi cui tali regolamenti non siano già applicabili unicamente a causa della nazionalità ([3]) e del regolamento (CE) n. 859/2003 del Consiglio, del 14 maggio 2003, che estende le disposizioni del regolamento (CEE) n. 1408/71 e del regolamento (CEE) n. 574/72 ai cittadini di paesi terzi cui tali disposizioni non siano già applicabili unicamente a causa della nazionalità ([4]).

(29) È opportuno esigere che anche i pazienti che si recano in un altro Stato membro per ricevere cure sanitarie in circostanze diverse da quelle previste nel regolamento (CE) n. 883/2004 possano beneficiare dei principi della libera circolazione dei pazienti, dei servizi o delle merci conformemente al TFUE e alla presente direttiva. Ai pazienti dovrebbe essere garantito un livello di copertura dei costi delle cure sanitarie perlomeno corrispondente a quello che sarebbe stato loro riconosciuto per un'assistenza identica prestata nello Stato membro di affiliazione. Ciò dovrebbe rispettare pienamente la competenza degli Stati membri nel determinare l'entità dell'assicurazione malattia concessa ai propri cittadini ed evitare qualsiasi incidenza rilevante sul finanziamento dei sistemi sanitari nazionali.

(30) Per i pazienti, quindi, i due sistemi dovrebbero essere coerenti: si applicano o la presente direttiva o i regolamenti dell'Unione sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.

(31) I pazienti non dovrebbero essere privati dei diritti più vantaggiosi garantiti dai regolamenti dell'Unione sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale qualora le condizioni siano soddisfatte. Pertanto, ad un paziente che chieda l'autorizzazione di ricevere in un altro Stato membro cure sanitarie adatte alle sue condizioni di salute dovrebbe essere sempre concessa l'autorizzazione alle condizioni previste dai regolamenti dell'Unione, qualora le cure in questione siano comprese tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro in cui il paziente risiede e il paziente non possa ricevere tali cure entro un termine giustificabile da un punto di vista clinico, tenuto conto del suo stato di salute e della probabile evoluzione delle sue condizioni di salute. Viceversa, se un paziente richiede esplicitamente di fruire di cure ai sensi della presente direttiva, i benefici applicabili al rimborso dovrebbero essere limitati a quelli applicabili ai sensi della direttiva medesima. Nel caso in cui il paziente abbia diritto all'assistenza sanitaria transfrontaliera prevista sia dalla presente direttiva sia dal regolamento (CE) n. 883/2004 e l'applicazione di tale regolamento sia più vantaggiosa per il paziente, è opportuno che lo Stato membro di affiliazione richiami l'attenzione del paziente su questo fatto.

([1]) GU L 281 del 23.11.1995, pag. 31.
([2]) GU L 149 del 5.7.1971, pag. 2.
([3]) GU L 344 del 29.12.2010, pag. 1.
([4]) GU L 124 del 20.5.2003, pag. 1.

(32) I pazienti non dovrebbero comunque trarre alcun arricchimento indebito dall'assistenza sanitaria prestata in un altro Stato membro e, di conseguenza, l'assunzione dei costi dovrebbe limitarsi unicamente ai costi effettivi dell'assistenza sanitaria ricevuta.

(33) La presente direttiva non mira a creare alcun diritto al rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria prestata in un altro Stato membro ove detta assistenza non sia compresa tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro di affiliazione della persona assicurata. Allo stesso tempo, la presente direttiva non dovrebbe impedire agli Stati membri di estendere all'assistenza sanitaria prestata in un altro Stato membro il proprio regime di prestazioni in natura. La presente direttiva dovrebbe riconoscere che gli Stati membri sono liberi di organizzare i loro sistemi di assistenza sanitaria e sicurezza sociale in modo tale da poter stabilire il diritto alle cure mediche a livello regionale o locale.

(34) Gli Stati membri di affiliazione dovrebbero conferire ai pazienti il diritto di ricevere in un altro Stato membro almeno le stesse prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro di affiliazione. Se l'elenco delle prestazioni non specifica esattamente il metodo di cura applicato, ma definisce i tipi di cura, lo Stato membro di affiliazione non dovrebbe rifiutare l'autorizzazione preventiva o il rimborso per il fatto che il metodo di cura non è disponibile nel suo territorio, ma dovrebbe valutare se la cura transfrontaliera richiesta o ricevuta corrisponda alle prestazioni previste dalla propria legislazione. Il fatto che l'obbligo di rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera ai sensi della presente direttiva si limiti all'assistenza sanitaria figurante tra le prestazioni cui il paziente ha diritto nel proprio Stato membro di affiliazione non impedisce agli Stati membri di rimborsare il costo dell'assistenza sanitaria transfrontaliera al di là di tali limiti. Gli Stati membri hanno ad esempio la facoltà di rimborsare le spese supplementari, come le spese di alloggio e di viaggio, o le spese supplementari sostenute dalle persone con disabilità, anche se tali spese non sono rimborsate in caso di assistenza sanitaria prestata sul loro territorio.

(35) La presente direttiva non dovrebbe prevedere neppure il trasferimento tra Stati membri dei diritti di sicurezza sociale né altra forma di coordinamento tra i sistemi di sicurezza sociale. Le disposizioni in tema di autorizzazione preventiva e di rimborso delle cure sanitarie prestate in un altro Stato membro dovrebbero mirare unicamente a rendere effettiva la libertà di prestazione di cure sanitarie per i pazienti e ad eliminare nello Stato membro di affiliazione del paziente gli ostacoli ingiustificati all'esercizio di questa libertà fondamentale. Pertanto, la presente direttiva dovrebbe rispettare pienamente le differenze tra i sistemi sanitari nazionali e le competenze degli Stati membri quanto all'organizzazione e prestazione di servizi sanitari e assistenza medica.

(36) La presente direttiva dovrebbe prevedere che un paziente abbia il diritto di ricevere ogni medicinale la cui immissione in commercio sia autorizzata nello Stato membro di cura, anche qualora tale medicinale non sia autorizzato nello Stato membro di affiliazione, allorché la sua somministrazione sia elemento indispensabile di un trattamento efficace in un altro Stato membro. Uno Stato membro di affiliazione non dovrebbe essere in alcun modo tenuto a rimborsare ad persona assicurata un medicinale prescritto nello Stato membro di cura, ove tale medicinale non rientri fra le prestazioni erogate a tale persona assicurata dal sistema obbligatorio di sicurezza sociale o dal sistema sanitario nazionale nello Stato membro di affiliazione.

(37) Per la fruizione dell'assistenza sanitaria e il relativo rimborso, gli Stati membri possono mantenere, anche per i pazienti che ricorrono all'assistenza sanitaria in un altro Stato membro, condizioni generali, criteri di ammissibilità e formalità regolamentari e amministrative, come l'obbligo di rivolgersi a un medico di medicina generale prima di consultare uno specialista o prima di accedere a cure ospedaliere, purché tali condizioni siano necessarie e proporzionate allo scopo e non siano discrezionali né discriminatorie. Ciò può comprendere una valutazione da parte di un professionista sanitario o un amministratore sanitario che presta servizi per il sistema obbligatorio di sicurezza sociale dello Stato membro di affiliazione, quali un medico di medicina generale o un medico di base presso il quale il paziente è iscritto, se è necessario per determinare il diritto del singolo paziente all'assistenza sanitaria. Sarebbe quindi opportuno stabilire che tali condizioni, criteri e formalità di carattere generale fossero applicate in modo oggettivo, trasparente e non discriminatorio, fossero preventivamente conosciute, si fondassero essenzialmente su valutazioni d'ordine medico e non imponessero a carico dei pazienti che intendono avvalersi dell'assistenza sanitaria in un altro Stato membro alcun onere aggiuntivo rispetto a quelli imposti ai pazienti che vengono curati nel proprio Stato membro di affiliazione; infine sarebbe opportuno che le decisioni venissero adottate con la massima tempestività possibile. Dovrebbero essere fatti salvi i diritti degli Stati membri di definire criteri o condizioni per l'autorizzazione preventiva nel caso di pazienti che chiedano cure sanitarie nello Stato membro di affiliazione.

(38) Considerata la giurisprudenza della Corte di giustizia, subordinare ad autorizzazione preventiva l'assunzione, da parte del sistema obbligatorio di sicurezza sociale o del sistema sanitario nazionale, dei costi di assistenza sanitaria prestata in un altro Stato membro costituisce una restrizione alla libera circolazione dei servizi. Pertanto, come regola generale, lo Stato membro di affiliazione non dovrebbe subordinare ad autorizzazione preventiva l'assunzione dei costi dell'assistenza sanitaria prestata in un altro Stato membro quando il suo sistema obbligatorio di sicurezza sociale o il suo sistema sanitario nazionale si sarebbe fatto carico dei costi di queste cure, se esse fossero state prestate sul suo territorio.

(39) I flussi di pazienti tra gli Stati membri sono limitati e dovrebbero rimanere tali in quanto la grande maggioranza dei pazienti nell'Unione riceve assistenza sanitaria nel proprio paese e preferisce in questo modo. Tuttavia, in determinate circostanze, i pazienti possono cercare

alcune forme di assistenza sanitaria in un altro Stato membro. Esempi in tal senso sono le cure altamente specializzate, o le cure prestate nelle regioni frontaliere nelle quali la struttura idonea più vicina è situata al di là del confine. Inoltre, alcuni pazienti desiderano essere curati all'estero per essere vicini ai loro familiari residenti in un altro Stato membro, o per avere accesso a un metodo di cura diverso da quello previsto nello Stato membro di affiliazione o perché ritengono di ricevere un'assistenza sanitaria qualitativamente migliore in un altro Stato membro.

(40) Secondo la giurisprudenza costante della Corte di giustizia, gli Stati membri possono subordinare ad autorizzazione preventiva l'assunzione da parte del sistema nazionale dei costi delle cure ospedaliere erogate in un altro Stato membro. La Corte di giustizia ha ritenuto tale requisito necessario e ragionevole, poiché il numero di infrastrutture ospedaliere, la loro ripartizione geografica, la loro organizzazione e le attrezzature di cui sono dotate, o ancora la natura dei servizi medici che sono in grado di prestare, devono poter fare oggetto di una programmazione, generalmente volta a soddisfare diverse esigenze. La Corte di giustizia ha ritenuto che tale programmazione miri a garantire un accesso sufficiente e permanente a un insieme equilibrato di cure ospedaliere di qualità nello Stato membro interessato. Inoltre, essa contribuisce a soddisfare il desiderio di controllare le spese e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane. Secondo la Corte di giustizia, tale spreco sarebbe ancor più dannoso in quanto è generalmente riconosciuto che il settore delle cure ospedaliere genera notevoli costi e deve soddisfare esigenze crescenti, mentre le risorse finanziarie messe a disposizione dell'assistenza sanitaria non sono illimitate, indipendentemente dal metodo di finanziamento applicato.

(41) Lo stesso ragionamento si applica all'assistenza sanitaria non prestata a livello ospedaliero ma soggetta a necessità di programmazione analoghe nello Stato membro di cura. Può essere il caso dell'assistenza sanitaria che richiede una programmazione in quanto prevede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria e di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose. Alla luce del progresso tecnologico, lo sviluppo di nuovi metodi di cura e le differenti politiche degli Stati membri per quanto riguarda i ruoli degli ospedali nel loro sistema di assistenza sanitaria, ossia se tale tipo di assistenza sanitaria sia prestata nell'ambito di cure ospedaliere o ambulatoriali, non costituisce un fattore decisivo per decidere se necessiti o meno di programmazione.

(42) Poiché gli Stati membri sono responsabili dell'adozione di norme relative alla gestione, ai requisiti, agli standard di qualità e sicurezza e all'organizzazione e prestazione dell'assistenza sanitaria e poiché le necessità di programmazione differiscono da uno Stato membro all'altro, dovrebbe, di conseguenza, spettare agli Stati membri decidere se sia necessario introdurre il sistema di autorizzazione preventiva e, in caso affermativo, identificare l'assistenza sanitaria che richiede un'autorizzazione preventiva nel contesto del loro sistema, conformemente ai criteri definiti dalla presente direttiva e alla luce della giurisprudenza della Corte di giustizia. Le informazioni relative a tale assistenza sanitaria dovrebbero essere rese pubbliche con tempestività.

(43) I criteri connessi alla concessione dell'autorizzazione preventiva dovrebbero essere giustificati alla luce di motivi imperativi di interesse generale atti a giustificare gli ostacoli al principio della libera circolazione dell'assistenza sanitaria, quali le esigenze di pianificazione riguardanti l'obiettivo di assicurare, nel territorio dello Stato membro interessato, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o alla volontà di garantire un controllo dei costi e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane. La Corte di giustizia ha individuato diverse possibili considerazioni: il rischio di compromettere gravemente l'equilibrio finanziario del sistema di sicurezza sociale, l'obiettivo di mantenere, per ragioni di salute pubblica, un servizio medico-ospedaliero equilibrato e aperto a tutti e l'obiettivo di mantenere, sul territorio nazionale, delle strutture sanitarie o delle competenze mediche essenziali per la salute pubblica, ed anche per la sopravvivenza della popolazione. È altresì importante, nel gestire un sistema di autorizzazione preventiva, prendere in considerazione il principio generale della protezione della sicurezza del paziente in un settore notoriamente caratterizzato da asimmetria informativa. Al contrario, il rifiuto di concedere l'autorizzazione preventiva non può essere basato sul motivo che esistono liste di attesa nel territorio nazionale intese a consentire che la prestazione di assistenza sanitaria venga pianificata e gestita in base a priorità cliniche generali predeterminate, senza realizzare una valutazione medica oggettiva.

(44) Secondo la giurisprudenza costante della Corte di giustizia, i criteri di concessione o rifiuto dell'autorizzazione preventiva dovrebbero essere circoscritti a quanto necessario e proporzionato alla luce di tali motivi imperativi di interesse generale. È opportuno notare che l'impatto causato dalla mobilità dei pazienti sui sistemi sanitari nazionali potrebbe variare tra gli Stati membri o tra le regioni di uno stesso Stato membro, a seconda di fattori quali la posizione geografica, le barriere linguistiche, l'ubicazione degli ospedali nelle regioni frontaliere o la dimensione della popolazione e il bilancio sanitario. Pertanto, dovrebbe spettare agli Stati membri stabilire, per il rifiuto dell'autorizzazione preventiva, dei criteri che siano necessari e proporzionati in detto contesto specifico, tenendo conto di quali cure sanitarie rientrano nell'ambito di applicazione del sistema di autorizzazione preventiva, dal momento che taluni trattamenti altamente specializzati saranno più facilmente interessati rispetto ad altri da un deflusso ancorché limitato di pazienti. Di conseguenza, gli Stati membri dovrebbero essere in grado di stabilire criteri differenti per regioni differenti o altri livelli amministrativi pertinenti per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria, ovvero per cure differenti, purché il sistema sia trasparente e facilmente accessibile e i criteri siano resi pubblici preventivamente.

(45) Nel caso in cui il paziente abbia diritto a cure sanitarie e l'assistenza sanitaria non possa essere prestata entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, lo Stato membro di affiliazione dovrebbe in linea di principio essere tenuto a concedere l'autorizzazione preventiva. Tuttavia, in determinate circostanze, l'assistenza sanitaria transfrontaliera può esporre il paziente o il pubblico in generale ad un rischio che prevale sull'interesse del paziente a ricevere l'assistenza sanitaria transfrontaliera desiderata. In tali ipotesi, lo Stato membro di affiliazione dovrebbe essere in grado di rifiutare la richiesta di autorizzazione preventiva, e in tal caso orientare il paziente verso soluzioni alternative.

(46) In ogni caso, se uno Stato membro decidesse di istituire un sistema di autorizzazione preventiva per l'assunzione dei costi delle cure ospedaliere o specializzate prestate in altri Stati membri a norma della presente direttiva, anche i costi di dette cure dovrebbero essere rimborsati dallo Stato membro di affiliazione in misura corrispondente ai costi che il sistema avrebbe coperto se un'assistenza sanitaria identica fosse stata prestata nello Stato membro di affiliazione, senza che tale copertura superi il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta. Ove però ricorrano le condizioni di cui al regolamento (CEE) n. 1408/71 ovvero al regolamento (CE) n. 883/2004, il rilascio dell'autorizzazione e l'erogazione delle prestazioni dovrebbe avvenire a norma del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo che sia diversamente richiesto dal paziente. Questa disciplina si dovrebbe applicare in particolare ai casi in cui l'autorizzazione sia rilasciata al termine di un riesame della domanda in sede amministrativa o giurisdizionale e l'interessato abbia fruito delle cure in un altro Stato membro. In tal caso, non dovrebbero trovare applicazione gli articoli 7 e 8 della presente direttiva. Ciò è in linea con la giurisprudenza della Corte di giustizia, che ha stabilito che i pazienti cui sia stata negata l'autorizzazione preventiva, su basi che si siano successivamente rivelate prive di fondamento, sono legittimati ad ottenere il rimborso integrale dei costi delle cure ricevute in un altro Stato membro, in base alle disposizioni della legislazione dello Stato membro di cura.

(47) Le procedure in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera istituite dagli Stati membri dovrebbero offrire ai pazienti garanzie di oggettività, non discriminazione e trasparenza, in modo da assicurare che le decisioni delle autorità nazionali vengano assunte con tempestività e nel rispetto sia di tali principi generali sia delle circostanze proprie di ogni singolo caso. Ciò dovrebbe valere anche per il rimborso erogato per i costi di assistenza sanitaria sostenuti in un altro Stato membro dopo che il paziente ha ricevuto le cure. È opportuno che, in circostanze normali, i pazienti abbiano il diritto di ottenere decisioni in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera entro un periodo di tempo ragionevole. Detti termini dovrebbero però essere ridotti ove lo giustifichi l'urgenza della cura in questione.

(48) Un'informazione adeguata su tutti gli aspetti essenziali dell'assistenza sanitaria transfrontaliera è necessaria affinché i pazienti possano concretamente esercitare i loro diritti in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera. Uno dei meccanismi per fornire tali informazioni consiste nell'istituire punti di contatto nazionali in ogni Stato membro. Le informazioni da fornire obbligatoriamente ai pazienti dovrebbero essere specificate. Tuttavia, i punti di contatto nazionali possono volontariamente fornire maggiori informazioni, anche con il sostegno della Commissione. Le informazioni dovrebbero essere fornite dai punti di contatto nazionali ai pazienti in una qualsiasi delle lingue ufficiali dello Stato membro in cui i punti di contatto sono situati. Le informazioni possono essere fornite in ogni altra lingua.

(49) Gli Stati membri dovrebbero decidere la struttura e il numero dei loro punti di contatto nazionali. Tali punti di contatto nazionali possono anche essere inglobati in centri informativi esistenti o integrare le attività di questi ultimi, purché risulti chiaro che essi costituiscono anche punti di contatto nazionali per l'assistenza sanitaria transfrontaliera. I punti di contatto nazionali dovrebbero essere istituiti in modo efficiente e trasparente ed essi dovrebbero essere in grado di consultare le organizzazioni dei pazienti, le assicurazioni sanitarie e i prestatori di assistenza sanitaria. I punti di contatto nazionali dovrebbero disporre di mezzi adeguati per fornire informazioni sui principali aspetti dell'assistenza sanitaria transfrontaliera. È opportuno che la Commissione collabori con gli Stati membri per agevolare la cooperazione dei punti di contatto nazionali operanti nel settore, anche rendendo disponibili a livello dell'Unione le opportune informazioni. L'esistenza di punti di contatto nazionali non dovrebbe impedire agli Stati membri di istituire, a livello regionale o locale, altri punti di contatto collegati, in base all'organizzazione specifica dei rispettivi sistemi sanitari.

(50) Gli Stati membri dovrebbero facilitare la cooperazione tra i prestatori di assistenza sanitaria, i fruitori e le autorità di regolamentazione dei vari Stati membri a livello nazionale, regionale o locale così da garantire la sicurezza, la qualità e l'efficienza dell'assistenza sanitaria transfrontaliera. Ciò vale soprattutto per la cooperazione nelle regioni frontaliere, dove la prestazione transfrontaliera dei servizi può rappresentare la forma di organizzazione più efficiente dei servizi sanitari per le popolazioni interessate, pur se richiede la cooperazione tra i sistemi sanitari di vari Stati membri per essere prestata su basi continuative. La cooperazione potrebbe riguardare la pianificazione congiunta, l'adeguamento o il riconoscimento reciproco di procedure e standard, l'interoperabilità dei rispettivi sistemi nazionali basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (in prosieguo: «TIC»), i meccanismi pratici per garantire la continuità delle cure o facilitare la prestazione transfrontaliera, temporanea od occasionale, di assistenza sanitaria da parte dei professionisti sanitari. Fatte salve le disposizioni specifiche del diritto dell'Unione, la direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali [1], stabilisce che la libera prestazione, su base temporanea od occasionale, di servizi, compresi quelli dei professionisti sanitari, in un altro Stato membro non

[1] GU L 255 del 30.9.2005, pag. 22.

deve essere limitata per ragioni attinenti alle qualifiche professionali. È opportuno che la presente direttiva lasci impregiudicata la direttiva 2005/36/CE.

(51) La Commissione dovrebbe incoraggiare la cooperazione tra Stati membri nei settori descritti al capo IV della presente direttiva e, secondo quanto contemplato dall'articolo 168, paragrafo 2, TFUE, prendere, in stretto contatto con gli Stati membri, ogni iniziativa utile ad agevolare e promuovere detta cooperazione. In tale contesto, la Commissione dovrebbe incoraggiare la cooperazione concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera a livello regionale e locale, in particolare individuando i principali ostacoli alla collaborazione tra i prestatori di assistenza sanitaria nelle regioni di confine, formulando raccomandazioni e diffondendo informazioni e migliori pratiche sul modo di superare tali ostacoli.

(52) Lo Stato membro di affiliazione potrebbe aver bisogno di ricevere la conferma che l'assistenza sanitaria transfrontaliera sarà o sia stata prestata da un professionista sanitario che esercita legalmente. È pertanto opportuno garantire che le informazioni sul diritto ad esercitare la professione, contenute nei registri nazionali o locali dei professionisti sanitari, se stabiliti nello Stato membro di cura, siano su richiesta messe a disposizione delle autorità dello Stato membro di affiliazione.

(53) Qualora dei medicinali autorizzati in uno Stato membro siano stati prescritti a un determinato paziente in tale Stato membro da un membro di una professione del settore sanitario regolamentata ai sensi della direttiva 2005/36/CE, le relative prescrizioni dovrebbero, in linea di massima, poter essere riconosciute in ambito medico e i medicinali dispensati in un altro Stato membro in cui i medicinali sono autorizzati. La soppressione di ostacoli normativi e amministrativi a tale riconoscimento non dovrebbe pregiudicare la necessità del consenso del medico curante del paziente o del farmacista nei singoli casi, ove ciò trovi giustificazione nella protezione della salute umana e risulti necessario e proporzionato rispetto a tale obiettivo. Il riconoscimento delle prescrizioni di altri Stati membri non dovrebbe pregiudicare il dovere professionale o etico che impone al farmacista di rifiutarsi di dispensare il medicinale. Il riconoscimento da parte del medico non dovrebbe pregiudicare neppure la decisione dello Stato membro di affiliazione in merito all'inclusione di quei medicinali tra le prestazioni accordate dal sistema di sicurezza sociale cui il paziente è affiliato. Occorre inoltre notare che il rimborso dei medicinali non è soggetto alle norme sul riconoscimento reciproco delle prescrizioni, ma contemplato dalle norme generali sul rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera di cui al capo III della presente direttiva. L'attuazione del principio del riconoscimento dovrebbe essere agevolata dall'adozione delle misure necessarie a tutelare la sicurezza del paziente e ad evitare un cattivo uso o la confusione dei medicinali. Tali misure dovrebbero comprendere l'adozione di un elenco non esaustivo di elementi da inserire nelle prescrizioni. Nulla dovrebbe ostare a che gli Stati membri prevedano ulteriori elementi nelle loro prescrizioni, purché ciò non impedisca il riconoscimento delle prescrizioni di altri Stati membri che contengono l'elenco comune di elementi. Il riconoscimento delle prescrizioni dovrebbe inoltre applicarsi ai dispositivi medici legalmente immessi sul mercato nello Stato membro in cui essi saranno dispensati.

(54) La Commissione dovrebbe sostenere il continuo sviluppo delle reti di riferimento europee tra i prestatori di assistenza sanitaria e i centri di eccellenza negli Stati membri. Le reti di riferimento europee possono migliorare l'accesso alle diagnosi e la prestazione di assistenza sanitaria di qualità a tutti i pazienti le cui patologie richiedono una concentrazione particolare di risorse o di competenze e potrebbero fungere anche da punti nevralgici per la formazione e la ricerca in campo medico, la diffusione delle informazioni e la valutazione, in particolare nel caso delle malattie rare. Pertanto, la presente direttiva dovrebbe offrire agli Stati membri incentivi per rafforzare il continuo sviluppo delle reti di riferimento europee. Le reti di riferimento europee si basano sulla partecipazione volontaria dei loro membri, ma la Commissione dovrebbe elaborare criteri e condizioni che le reti dovrebbero soddisfare per poter ricevere il suo sostegno.

(55) Le malattie rare sono le malattie che presentano una soglia di prevalenza di non più di cinque pazienti su 10 000 in linea con il regolamento (CE) n. 141/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999, concernente i medicinali orfani [1]. Si tratta di malattie gravi, a carattere cronico e spesso potenzialmente letali. Alcuni pazienti affetti da malattie rare incontrano delle difficoltà nella ricerca di una diagnosi e di cure per migliorare la loro qualità di vita e incrementare le loro aspettative di vita, difficoltà che sono state riconosciute anche dalla raccomandazione del Consiglio dell'8 giugno 2009 su un'azione nel settore delle malattie rare [2].

(56) Gli sviluppi tecnologici nella prestazione transfrontaliera di cure sanitarie mediante il ricorso alle TIC possono rendere poco chiaro l'esercizio delle competenze di sorveglianza da parte degli Stati membri e possono quindi ostacolare la libera circolazione delle cure sanitarie e dare spazio ad ulteriori rischi per la protezione della salute. In tutta l'Unione sono impiegati, per la prestazione di cure sanitarie che si avvalgono delle TIC, formati e standard tra loro profondamente diversi e incompatibili e ciò ostacola questo tipo di prestazione dell'assistenza sanitaria transfrontaliera e determina rischi per la protezione della salute. È pertanto necessario che gli Stati membri mirino all'interoperabilità dei sistemi basati sulle TIC. Tuttavia, l'introduzione dei sistemi basati sulle TIC nel settore sanitario è di esclusiva competenza nazionale. La presente direttiva dovrebbe riconoscere pertanto l'importanza del lavoro sull'interoperabilità e rispettare la divisione delle competenze, disponendo che la Commissione e gli Stati membri cooperino nell'elaborazione di misure che, pur non giuridicamente vincolanti, forniscano strumenti aggiuntivi a disposizione degli Stati membri per promuovere una maggiore interoperabilità dei sistemi basati sulle TIC nel settore dell'assistenza sanitaria e per agevolare

[1] GU L 18 del 22.1.2000, pag. 1.
[2] GU C 151 del 3.7.2009, pag. 7.

l'accesso dei pazienti ad applicazioni di assistenza sanitaria online, ove gli Stati membri decidano di introdurle.

(57) L'interoperabilità delle soluzioni di assistenza sanitaria online dovrebbe essere realizzata nel rispetto delle norme nazionali in materia di prestazione di servizi di assistenza sanitaria adottate al fine di tutelare il paziente, compresa la legislazione sulle farmacie internet, in particolare i divieti nazionali relativi agli ordini per corrispondenza di medicinali soggetti a prescrizione medica, nella misura in cui essi sono in linea con la giurisprudenza della Corte di giustizia e con la direttiva 97/7/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 maggio 1997, riguardante la protezione dei consumatori in materia di contratti a distanza ([1]) e con la direttiva 2000/31/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'8 giugno 2000, relativa a taluni aspetti giuridici dei servizi della società dell'informazione, in particolare il commercio elettronico, nel mercato interno ([2]).

(58) I progressi costanti della scienza medica e delle tecnologie sanitarie rappresentano al tempo stesso una sfida e un'opportunità per i sistemi sanitari degli Stati membri. La cooperazione nella valutazione delle nuove tecnologie sanitarie può favorire gli Stati membri, consentendo di realizzare economie di scala e di evitare una duplicazione delle attività, e fornire dati migliori per un impiego ottimale delle nuove tecnologie ai fini di un'assistenza sanitaria efficiente, sicura e di qualità. Questa cooperazione richiede strutture stabili che, partendo dai progetti pilota esistenti e sulla base della consultazione di un'ampia gamma di soggetti interessati, coinvolgano tutte le autorità competenti degli Stati membri. Pertanto, la presente direttiva dovrebbe fornire una base per un sostegno continuo dell'Unione a tale cooperazione.

(59) A norma dell'articolo 291 TFUE, le regole e i principi generali relativi alle modalità di controllo da parte degli Stati membri dell'esercizio delle competenze di esecuzione attribuite alla Commissione sono stabiliti preventivamente mediante un regolamento adottato secondo la procedura legislativa ordinaria. In attesa dell'adozione di tale nuovo regolamento, continua ad applicarsi la decisione 1999/468/CE del Consiglio, del 28 giugno 1999, recante modalità per l'esercizio delle competenze di esecuzione conferite alla Commissione ([3]), ad eccezione della procedura di regolamentazione con controllo, che non è applicabile.

(60) La Commissione dovrebbe avere il potere di adottare atti delegati a norma dell'articolo 290 TFUE per quanto riguarda le misure che escludono specifiche categorie di medicinali o dispositivi medici dal riconoscimento delle prescrizioni di cui alla presente direttiva. Al fine di individuare le reti di riferimento che dovrebbero beneficiare del sostegno della Commissione, la Commissione dovrebbe ottenere altresì il potere di adottare atti delegati per quanto riguarda i criteri e le condizioni che le reti di riferimento europee devono soddisfare.

(61) È particolarmente importante che laddove abbia il potere di adottare atti delegati a norma dell'articolo 290 TFUE, la Commissione svolga consultazioni adeguate durante i suoi lavori preparatori, anche a livello di esperti.

(62) Conformemente al punto 34 dell'accordo interistituzionale «Legiferare meglio» ([4]), gli Stati membri sono incoraggiati a redigere e a rendere pubblici, nell'interesse proprio e dell'Unione, dei prospetti indicanti, per quanto possibile, la concordanza tra la presente direttiva e i provvedimenti di recepimento.

(63) Anche il Garante europeo della protezione dei dati ha emesso il suo parere sulla proposta della presente direttiva ([5]).

(64) Poiché l'obiettivo della presente direttiva, ovvero la previsione di norme volte ad agevolare l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di qualità nell'Unione, non può essere conseguito in misura sufficiente dagli Stati membri e può dunque, a motivo della sua portata e dei suoi effetti, essere conseguito meglio a livello di Unione, quest'ultima può intervenire in base al principio di sussidiarietà sancito dall'articolo 5 del trattato sull'Unione europea. La presente direttiva si limita a quanto è necessario per conseguire tali obiettivi in ottemperanza al principio di proporzionalità enunciato nello stesso articolo,

HANNO ADOTTATO LA PRESENTE DIRETTIVA:

CAPO I

DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1

Oggetto e ambito di applicazione

1. La presente direttiva stabilisce norme volte ad agevolare l'accesso a un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità e promuove la cooperazione tra gli Stati membri in materia di assistenza sanitaria, nel pieno rispetto delle competenze nazionali relative all'organizzazione e alla prestazione dell'assistenza sanitaria. La presente direttiva mira inoltre a chiarire la sua relazione con il quadro normativo esistente in materia di coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale di cui al regolamento (CE) n. 883/2004, ai fini dell'applicazione dei diritti dei pazienti.

([1]) GU L 144 del 4.6.1997, pag. 19.
([2]) GU L 178 del 17.7.2000, pag. 1.
([3]) GU L 184 del 17.7.1999, pag. 23.
([4]) GU C 321 del 31.12.2003, pag. 1.
([5]) GU C 128 del 6.6.2009, pag. 20.

2. La presente direttiva si applica alla prestazione di assistenza sanitaria ai pazienti, indipendentemente dalle relative modalità di organizzazione, di prestazione e di finanziamento.

3. La presente direttiva non si applica:

a) ai servizi nel settore dell'assistenza di lunga durata il cui scopo è sostenere le persone che necessitano di assistenza nello svolgimento di compiti quotidiani e di routine;

b) all'assegnazione e all'accesso agli organi ai fini dei trapianti d'organo;

c) ad eccezione del capo IV, ai programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose, volti esclusivamente a proteggere la salute della popolazione nel territorio di uno Stato membro, e subordinati ad una pianificazione e a misure di attuazione specifiche.

4. La presente direttiva non pregiudica le disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri in materia di organizzazione e finanziamento dell'assistenza sanitaria in situazioni non connesse all'assistenza sanitaria transfrontaliera. In particolare, la presente direttiva non obbliga in alcun modo uno Stato membro a rimborsare i costi dell'assistenza sanitaria prestata da prestatori di assistenza sanitaria stabiliti sul suo territorio se detti prestatori non fanno parte del sistema di sicurezza sociale o del sistema sanitario nazionale di detto Stato membro.

Articolo 2

Rapporto con altre disposizioni dell'Unione

La presente direttiva si applica senza pregiudizio di:

a) la direttiva 89/105/CEE del Consiglio, del 21 dicembre 1988, riguardante la trasparenza delle misure che regolano la fissazione dei prezzi delle specialità per uso umano e la loro inclusione nei regimi nazionali di assicurazione malattia ([1]);

b) la direttiva 90/385/CEE del Consiglio, del 20 giugno 1990, per il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi ([2]), la direttiva 93/42/CEE del Consiglio, del 14 giugno 1993, concernente i dispositivi medici ([3]) e la direttiva 98/79/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 ottobre 1998 relativa ai dispositivi medico-diagnostici in vitro ([4]);

c) la direttiva 95/46/CE e la direttiva 2002/58/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 luglio 2002, relativa al trattamento dei dati personali e alla tutela della vita privata nel settore delle comunicazioni elettroniche ([5]);

d) la direttiva 96/71/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 dicembre 1996 relativa al distacco dei lavoratori nell'ambito di una prestazione di servizi ([6]);

e) la direttiva 2000/31/CE;

f) la direttiva 2000/43/CE del Consiglio, del 29 giugno 2000, che attua il principio della parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica ([7]);

g) la direttiva 2001/20/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 4 aprile 2001, concernente il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri relative all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione della sperimentazione clinica di medicinali ad uso umano ([8]);

h) la direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 6 novembre 2001, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano ([9]);

i) la direttiva 2002/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 gennaio 2003, che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti ([10]);

j) il regolamento (CE) n. 859/2003;

k) la direttiva 2004/23/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004, sulla definizione di norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani ([11]);

l) il regolamento (CE) n. 726/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004, che istituisce procedure comunitarie per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario, e che istituisce l'agenzia europea per i medicinali ([12]);

m) il regolamento (CE) n. 883/2004 e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale ([13]);

n) la direttiva 2005/36/CE;

o) il regolamento (CE) n. 1082/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 luglio 2006, relativo a un gruppo europeo di cooperazione territoriale (GECT) ([14]);

([1]) GU L 40 dell'11.2.1989, pag. 8.
([2]) GU L 189 del 20.7.1990, pag. 17.
([3]) GU L 169 del 12.7.1993, pag. 1.
([4]) GU L 331 del 7.12.1998, pag. 1.
([5]) GU L 201 del 31.7.2002, pag. 37.
([6]) GU L 18 del 21.1.1997, pag. 1.
([7]) GU L 180 del 19.7.2000, pag. 22.
([8]) GU L 121 dell'1.5.2001, pag. 34.
([9]) GU L 311 del 28.11.2001, pag. 67.
([10]) GU L 33 dell'8.2.2003, pag. 30.
([11]) GU L 102 del 7.4.2004, pag. 48.
([12]) GU L 136 del 30.4.2004, pag. 1.
([13]) GU L 284 del 30.10.2009, pag. 1.
([14]) GU L 210 del 31.7.2006, pag. 19.

p) il regolamento (CE) n. 1338/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro ([1]);

q) il regolamento (CE) n. 593/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 giugno 2008, sulla legge applicabile alle obbligazioni contrattuali (Roma I) ([2]), il regolamento (CE) n. 864/2007 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 luglio 2007, sulla legge applicabile alle obbligazioni extracontrattuali (Roma II) ([3]) e altre norme dell'Unione sul diritto privato internazionale, in particolare le norme relative alla giurisdizione degli organi giudiziari e alla legge applicabile;

r) la direttiva 2010/53/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 luglio 2010, relativa alle norme di qualità e sicurezza degli organi umani destinati ai trapianti ([4]);

s) il regolamento (UE) n. 1231/2010.

Articolo 3

Definizioni

Ai fini della presente direttiva si intende per:

a) «assistenza sanitaria»: i servizi prestati da professionisti sanitari a pazienti, al fine di valutare, mantenere o ristabilire il loro stato di salute, ivi compresa la prescrizione, la somministrazione e la fornitura di medicinali e dispositivi medici;

b) «persona assicurata»:

i) le persone, ivi compresi i loro familiari e i loro superstiti, che sono contemplate dall'articolo 2 del regolamento (CE) n. 883/2004 e che sono persone assicurate ai sensi dell'articolo 1, lettera c), di tale regolamento, e

ii) i cittadini di paesi terzi cui si applica il regolamento (CE) n. 859/2003, o il regolamento (UE) n. 1231/2010 o che soddisfano le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato membro di affiliazione per quanto concerne il diritto alle prestazioni;

c) «Stato membro di affiliazione»:

i) per le persone di cui alla lettera b), punto i), lo Stato membro competente a concedere alla persona assicurata un'autorizzazione preventiva a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza, ai sensi del regolamento (CE) n. 883/2004 e del regolamento (CE) n. 987/2009;

ii) per le persone di cui alla lettera b), punto ii), lo Stato membro competente a concedere alla persona assicurata un'autorizzazione preventiva a ricevere cure adeguate in un altro Stato membro ai sensi del regolamento (CE) n. 859/2003 o del regolamento (UE) n. 1231/2010. Se nessuno Stato membro è competente ai sensi di tali regolamenti, lo Stato membro di affiliazione è lo Stato membro in cui la persona è assicurata o ha diritto alle prestazioni di malattia conformemente alla legislazione di tale Stato membro;

d) «Stato membro di cura»: lo Stato membro nel cui territorio viene effettivamente prestata al paziente l'assistenza sanitaria. Nel caso della telemedicina, l'assistenza sanitaria si considera prestata nello Stato membro in cui è stabilito il prestatore di assistenza sanitaria;

e) «assistenza sanitaria transfrontaliera»: l'assistenza sanitaria prestata in uno Stato membro diverso dallo Stato membro di affiliazione;

f) «professionista sanitario»: il medico, l'infermiere responsabile dell'assistenza generale, l'odontoiatra, l'ostetrica o il farmacista ai sensi della direttiva 2005/36/CE o altro professionista che eserciti delle attività nel settore dell'assistenza sanitaria, l'accesso alle quali sia riservato a una professione regolamentata secondo la definizione di cui all'articolo 3, paragrafo 1, lettera a), della direttiva 2005/36/CE o una persona considerata professionista sanitario conformemente alla legislazione dello Stato membro di cura;

g) «prestatore di assistenza sanitaria»: una qualsiasi persona fisica o giuridica o qualsiasi altra entità che presti legalmente assistenza sanitaria nel territorio di uno Stato membro;

h) «paziente»: una qualsiasi persona fisica la quale chieda di fruire o fruisca di assistenza sanitaria in uno Stato membro;

i) «medicinale»: un medicinale ai sensi della direttiva 2001/83/CE;

j) «dispositivo medico»: un dispositivo medico ai sensi della direttiva 90/385/CEE, della direttiva 93/42/CEE o della direttiva 98/79/CE;

k) «prescrizione»: la prescrizione di un medicinale o di un dispositivo medico rilasciata da un membro di una professione del settore sanitario regolamentata ai sensi all'articolo 3, paragrafo 1, lettera a), della direttiva 2005/36/CE, che è legalmente abilitato in tal senso nello Stato membro in cui è rilasciata la prescrizione;

([1]) GU L 354 del 31.12.2008, pag. 70.
([2]) GU L 177 del 4.7.2008, pag. 6.
([3]) GU L 199 del 31.7.2007, pag. 40.
([4]) GU L 207 del 6.8.2010, pag. 14.

l) «tecnologia sanitaria»: un medicinale, un dispositivo medico o delle procedure mediche o chirurgiche come pure delle misure per la prevenzione, la diagnosi o la cura delle malattie utilizzate nel settore dell'assistenza sanitaria;

m) «cartella clinica»: l'insieme dei documenti contenenti i dati, le valutazioni e le informazioni di qualsiasi tipo sullo stato e sull'evoluzione clinica di un paziente nell'intero processo di cura.

CAPO II

RESPONSABILITÀ DEGLI STATI MEMBRI IN MATERIA DI ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

Articolo 4

Responsabilità dello Stato membro di cura

1. Tenendo conto dei principi di universalità, di accesso a cure di elevata qualità, di equità e di solidarietà, l'assistenza sanitaria transfrontaliera è prestata conformemente:

a) alla legislazione in vigore nello Stato membro di cura;

b) agli standard e agli orientamenti di qualità e sicurezza definiti dallo Stato membro di cura; e

c) alla normativa dell'Unione in materia di standard di sicurezza.

2. Lo Stato membro di cura garantisce che:

a) i pazienti ricevano, su richiesta, dal punto di contatto nazionale di cui all'articolo 6, le informazioni pertinenti sugli standard e gli orientamenti di cui al paragrafo 1, lettera b) del presente articolo, ivi comprese le disposizioni sulla vigilanza e sulla valutazione dei prestatori di assistenza sanitaria, le informazioni su quali prestatori di assistenza sanitaria sono soggetti a tali standard e orientamenti, nonché le informazioni sull'accessibilità agli ospedali per le persone con disabilità;

b) i prestatori di assistenza sanitaria forniscano informazioni pertinenti per consentire ai pazienti di compiere una scelta informata, fra l'altro sulle opzioni terapeutiche, sulla disponibilità, qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria da essi prestata nello Stato membro di cura, e che gli stessi forniscano, altresì, fatture trasparenti e informazioni trasparenti sui prezzi, nonché sullo status di autorizzazione o di iscrizione dei prestatori di assistenza sanitaria, sulla loro copertura assicurativa o su altri mezzi di tutela personale o collettiva per la loro responsabilità professionale. Nella misura in cui i prestatori di assistenza sanitaria forniscano già ai pazienti residenti nello Stato membro di cura delle informazioni pertinenti su tali argomenti, la presente direttiva non li obbliga a fornire informazioni più esaurienti ai pazienti di altri Stati membri;

c) esistano delle procedure trasparenti per le denunce e dei meccanismi che consentano ai pazienti di esperire i mezzi di ricorso a norma della legislazione dello Stato membro di cura nel caso in cui subiscano un danno a causa dell'assistenza sanitaria ricevuta;

d) per le cure prestate sul proprio territorio esistano sistemi di assicurazione di responsabilità professionale o garanzie o analoghi meccanismi che siano equivalenti o essenzialmente comparabili quanto a finalità e che siano commisurati alla natura e alla portata del rischio;

e) il diritto fondamentale alla vita privata con riguardo al trattamento dei dati personali sia protetto conformemente alle misure nazionali che attuano le norme dell'Unione relative alla tutela dei dati personali, in particolare le direttive 95/46/CE e 2002/58/CE;

f) al fine di garantire la continuità della cura, i pazienti che hanno ricevuto un trattamento abbiano diritto ad una cartella clinica, scritta o elettronica, in cui si è registrato il trattamento in questione, nonché all'accesso ad almeno una copia di tale cartella clinica in conformità e senza pregiudizio delle misure nazionali che attuano le norme dell'Unione relative alla tutela dei dati personali, in particolare le direttive 95/46/CE e 2002/58/CE.

3. Il principio di non discriminazione in base alla nazionalità si applica ai pazienti di altri Stati membri.

È fatta salva la possibilità per lo Stato membro di cura, qualora sia giustificato da un motivo imperativo di interesse generale, quali le esigenze di pianificazione riguardanti l'obiettivo di assicurare, nel territorio dello Stato membro interessato, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o alla volontà di garantire un controllo dei costi e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane, di adottare misure sull'accesso alle cure volte ad assolvere alla responsabilità fondamentale cui è tenuto di garantire un accesso sufficiente e permanente all'assistenza sanitaria nel suo territorio. Tali misure sono limitate a quanto è necessario e proporzionato e non possono costituire un mezzo di discriminazione arbitraria e sono rese pubbliche preventivamente.

4. Gli Stati membri garantiscono che nel loro territorio i prestatori di assistenza sanitaria applichino ai pazienti degli altri Stati membri gli stessi onorari per l'assistenza sanitaria applicati ai pazienti nazionali in una situazione clinica comparabile, ovvero fissino un prezzo calcolato in base a criteri oggettivi e non discriminatori se non esiste un prezzo comparabile per i pazienti nazionali.

Il presente paragrafo non pregiudica la legislazione nazionale che consente ai prestatori di assistenza sanitaria di fissare i propri prezzi, purché non discriminino i pazienti degli altri Stati membri.

5. La presente direttiva non pregiudica le leggi e i regolamenti degli Stati membri sull'uso delle lingue. Gli Stati membri possono scegliere di fornire le informazioni in lingue diverse dalle lingue ufficiali dello Stato membro interessato.

Articolo 5

Responsabilità dello Stato membro di affiliazione

Lo Stato membro di affiliazione garantisce che:

a) i costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera siano rimborsati conformemente al capo III;

b) esistano dei meccanismi i quali consentano di fornire su richiesta ai pazienti le informazioni sui loro diritti in detto Stato membro riguardo la possibilità di ricevere un'assistenza sanitaria transfrontaliera, in particolare per quanto riguarda i termini e le condizioni di rimborso dei costi ai sensi dell'articolo 7, paragrafo 6, e le procedure di accesso e definizione di tali diritti e sui mezzi di ricorso e tutela nel caso in cui i pazienti ritengano che i loro diritti non siano stati rispettati ai sensi dell'articolo 9. Nelle informazioni sull'assistenza sanitaria transfrontaliera si opera una chiara distinzione tra i diritti che i pazienti hanno in virtù della presente direttiva e i diritti risultanti dal regolamento (CE) n. 883/2004;

c) qualora un paziente abbia ricevuto un'assistenza sanitaria transfrontaliera e risulti necessario un controllo medico, detto controllo medico sia disponibile allo stesso modo in cui lo sarebbe stato se tale assistenza sanitaria fosse stata prestata sul suo territorio;

d) i pazienti che richiedono di fruire o fruiscono di assistenza sanitaria transfrontaliera abbiano accesso remoto o dispongano almeno di una copia della cartella clinica, in conformità e senza pregiudizio delle misure nazionali che attuano le norme dell'Unione relative alla tutela dei dati personali, in particolare le direttive 95/46/CE e 2002/58/CE.

Articolo 6

Punti di contatto nazionali per l'assistenza sanitaria transfrontaliera

1. Ogni Stato membro designa uno o più punti di contatto nazionali per l'assistenza sanitaria transfrontaliera e ne comunica il nome e le coordinate alla Commissione. La Commissione e gli Stati membri mettono tali informazioni a disposizione del pubblico. Gli Stati membri garantiscono che i punti di contatto nazionali consultino le organizzazioni dei pazienti, i prestatori di assistenza sanitaria e le assicurazioni sanitarie.

2. I punti di contatto nazionali facilitano lo scambio di informazioni di cui al paragrafo 3 e cooperano strettamente tra di loro e con la Commissione. I punti di contatto nazionali forniscono su richiesta ai pazienti le coordinate dei punti di contatto nazionali di altri Stati membri.

3. Per consentire ai pazienti di esercitare i loro diritti in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera, i punti di contatto nazionali dello Stato membro di cura forniscono loro le informazioni relative ai prestatori di assistenza sanitaria, ivi comprese, su richiesta, le informazioni sul diritto di un prestatore specifico di prestare servizi o su ogni restrizione al suo esercizio, le informazioni di cui all'articolo 4, paragrafo 2, lettera a), nonché le informazioni sui diritti dei pazienti, sulle procedure di denuncia e sui meccanismi di tutela, conformemente alla legislazione di detto Stato membro, come pure sulle possibilità giuridiche ed amministrative disponibili per risolvere le controversie, anche in caso di danni derivanti dall'assistenza sanitaria transfrontaliera.

4. I punti di contatto nazionale dello Stato membro di affiliazione forniscono ai pazienti e ai professionisti sanitari le informazioni di cui all'articolo 5, lettera b).

5. Le informazioni di cui al presente articolo sono facilmente accessibili e, se del caso, sono rese disponibili per via elettronica e in formati accessibili alle persone con disabilità.

CAPO III

RIMBORSO DEI COSTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

Articolo 7

Principi generali per il rimborso dei costi

1. Fatto salvo il regolamento (CE) n. 883/2004 e conformemente a quanto disposto dagli articoli 8 e 9, lo Stato membro di affiliazione assicura che i costi sostenuti da una persona assicurata che si è avvalsa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera siano rimborsati, se l'assistenza sanitaria in questione è compresa tra le prestazioni cui la persona assicurata ha diritto nello Stato membro di affiliazione.

2. In deroga al paragrafo 1:

a) se uno Stato membro figura nell'elenco di cui all'allegato IV del regolamento (CE) n. 883/2004 e, conformemente a tale regolamento, ha riconosciuto ai pensionati e ai loro familiari residenti in un altro Stato membro il diritto alle prestazioni di malattia, esso presta loro l'assistenza sanitaria prevista dalla presente direttiva, a sue proprie spese, durante il loro soggiorno sul territorio conformemente alla sua legislazione, come se gli interessati fossero residenti nello Stato membro elencato in detto allegato;

b) se l'assistenza sanitaria prestata a norma della presente direttiva non è soggetta ad autorizzazione preventiva, non è prestata a norma del capitolo 1 del titolo III del regolamento (CE) n. 883/2004 ed è prestata nel territorio dello Stato membro che a norma di tale regolamento e del regolamento (CE) n. 987/2009 è, in ultima analisi, responsabile del rimborso dei costi, i costi sono a carico di detto Stato membro. Detto Stato membro può prendersi carico dei costi relativi all'assistenza sanitaria applicando i termini, le condizioni, i criteri di ammissibilità e le formalità di natura normativa ed amministrativa da esso stabiliti, purché questi siano compatibili con il trattato sul funzionamento dell'Unione europea.

3. Spetta allo Stato membro di affiliazione determinare, a livello locale, regionale o nazionale, l'assistenza sanitaria per cui una persona assicurata ha diritto alla copertura dei costi nonché il livello di copertura di tali costi, indipendentemente dal luogo in cui l'assistenza sanitaria sia stata prestata.

4. I costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera sono rimborsati o direttamente pagati dallo Stato membro di affiliazione in misura corrispondente ai costi che il sistema avrebbe coperto se tale assistenza sanitaria fosse stata prestata nello Stato membro di affiliazione, senza che tale copertura superi il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta.

Laddove l'intero costo dell'assistenza sanitaria transfrontaliera superi il livello dei costi che sarebbero stati sostenuti se l'assistenza sanitaria fosse stata prestata sul loro territorio, lo Stato membro di affiliazione può comunque decidere di rimborsare l'intero costo.

Lo Stato membro di affiliazione può decidere di rimborsare altri costi afferenti, come le spese di alloggio e di viaggio, o i costi supplementari eventualmente sostenuti a causa di una o più disabilità da una persona disabile che riceve assistenza sanitaria in un altro Stato membro conformemente alla legislazione nazionale e a condizione che detti costi siano sufficientemente documentati.

5. Gli Stati membri possono adottare disposizioni in conformità del trattato sul funzionamento dell'Unione europea volte a garantire ai pazienti diritti identici, quando si avvalgono dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, a quelli di cui avrebbero beneficiato se avessero ricevuto tale assistenza in una situazione analoga nello Stato membro di affiliazione.

6. Ai fini del paragrafo 4, gli Stati membri si dotano di un meccanismo trasparente per verificare i costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera da rimborsare alla persona assicurata da parte dello Stato membro di affiliazione. Tale meccanismo è fondato su criteri obiettivi, non discriminatori e preventivamente conosciuti ed è applicato al pertinente livello amministrativo (locale, regionale o nazionale).

7. Lo Stato membro di affiliazione può applicare alla persona assicurata che chiede il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, compresa quella ottenuta grazie alla telemedicina, le stesse condizioni, criteri di ammissibilità e formalità di natura normativa ed amministrativa, stabiliti a livello locale, regionale o nazionale, che imporrebbe per la prestazione di detta assistenza sanitaria sul suo territorio. Ciò può comprendere una valutazione da parte di un professionista sanitario o un amministratore sanitario che presta servizi per il sistema obbligatorio di sicurezza sociale dello Stato membro di affiliazione, quali un medico di medicina generale o un medico di base presso il quale il paziente è iscritto, se è necessario per determinare il diritto del singolo paziente all'assistenza sanitaria. Tuttavia, nessuna condizione, criterio di ammissibilità o formalità di natura normativa ed amministrativa imposti conformemente al presente paragrafo possono essere discriminatori o costituire un ostacolo alla libera circolazione di pazienti, servizi o merci, a meno che non siano obiettivamente giustificati da esigenze di pianificazione riguardanti l'obiettivo di assicurare, nel territorio dello Stato membro interessato, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o alla volontà di garantire il controllo dei costi e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane.

8. Lo Stato membro di affiliazione non subordina il rimborso dei costi dell'assistenza transfrontaliera ad autorizzazione preventiva, ad eccezione dei casi di cui all'articolo 8.

9. Lo Stato membro di affiliazione può limitare l'applicazione delle norme sul rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera per motivi imperativi di interesse generale, quali quelli riguardanti l'obiettivo di assicurare, nel territorio dello Stato membro interessato, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o alla volontà di garantire il controllo dei costi e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane.

10. Fatto salvo il paragrafo 9, gli Stati membri provvedono affinché l'assistenza sanitaria transfrontaliera per la quale è stata concessa un'autorizzazione preventiva sia rimborsata conformemente all'autorizzazione.

11. La decisione di limitare l'applicazione del presente articolo a norma del paragrafo 9 è ridotta a quanto necessario e proporzionato e non può costituire un mezzo di discriminazione arbitraria o un ostacolo ingiustificato alla libera circolazione di merci, persone o servizi. Gli Stati membri notificano alla Commissione le decisioni di limitare i rimborsi per i motivi indicati al paragrafo 9.

Articolo 8

Assistenza sanitaria che può essere soggetta ad autorizzazione preventiva

1. Lo Stato membro di affiliazione può prevedere un sistema di autorizzazione preventiva per il rimborso dei costi dell'assistenza transfrontaliera, conformemente al presente articolo e all'articolo 9. Il sistema di autorizzazione preventiva, compresi i criteri e l'applicazione di tali criteri, e le singole decisioni di rifiuto di concedere un'autorizzazione preventiva, è limitato a quanto necessario e proporzionato all'obiettivo da raggiungere, e non può costituire un mezzo di discriminazione arbitraria o un ostacolo ingiustificato alla libera circolazione dei pazienti.

2. L'assistenza sanitaria che può essere soggetta ad autorizzazione preventiva è limitata all'assistenza sanitaria che:

a) è soggetta a esigenze di pianificazione riguardanti l'obiettivo di assicurare, nel territorio dello Stato membro interessato, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o alla volontà di garantire il controllo dei costi e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane e:

   i) comporta il ricovero del paziente in questione per almeno una notte, o

   ii) richiede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose;

b) richiede cure che comportano un rischio particolare per il paziente o la popolazione; o

c) è prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che, all'occorrenza, potrebbe suscitare gravi e specifiche preoccupazioni quanto alla qualità o alla sicurezza dell'assistenza, ad eccezione dell'assistenza sanitaria soggetta alla normativa dell'Unione che garantisce livelli minimi di sicurezza e di qualità in tutta l'Unione.

Gli Stati membri comunicano alla Commissione le categorie di assistenza sanitaria di cui alla lettera a).

3. Quanto alle richieste di autorizzazione preventiva presentate da un assicurato al fine di ricevere assistenza sanitaria transfrontaliera, lo Stato membro di affiliazione accerta se sono state soddisfatte le condizioni di cui al regolamento (CE) n. 883/2004. Ove tali condizioni siano soddisfatte, l'autorizzazione preventiva è concessa conformemente al regolamento a meno che il paziente non chieda diversamente.

4. Quando un paziente colpito, o sospettato di essere colpito, da una malattia rara chiede l'autorizzazione preventiva, una valutazione clinica può essere effettuata da esperti del settore. Se non possono essere reperiti esperti all'interno dello Stato membro di affiliazione o se il parere dell'esperto non è conclusivo, lo Stato membro di affiliazione può richiedere un parere scientifico.

5. Fatto salvo il paragrafo 6, lettere da a) a c), lo Stato membro di affiliazione non può rifiutarsi di concedere un'autorizzazione preventiva quando il paziente ha diritto all'assistenza sanitaria in questione, ai sensi dell'articolo 7 della presente direttiva, e quando l'assistenza sanitaria in questione non può essere prestata sul suo territorio entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, sulla base di una valutazione medica oggettiva dello stato di salute del paziente, dell'anamnesi e del probabile decorso della sua malattia, dell'intensità del dolore e/o della natura della sua disabilità al momento in cui la richiesta di autorizzazione è stata fatta o rinnovata.

6. Lo Stato membro di affiliazione può rifiutarsi di concedere un'autorizzazione preventiva per i seguenti motivi:

a) in base ad una valutazione clinica, il paziente sarà esposto con ragionevole certezza a un rischio per la sua sicurezza, quale paziente, che non può essere considerato accettabile, tenendo conto del potenziale beneficio per il paziente stesso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera richiesta;

b) a causa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera in questione, il pubblico sarà esposto con ragionevole certezza a notevoli pericoli per la sicurezza;

c) l'assistenza sanitaria in questione è prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che suscita gravi e specifiche preoccupazioni quanto al rispetto degli standard e orientamenti relativi alla qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente, comprese le disposizioni sulla vigilanza, indipendentemente dal fatto che tali standard e orientamenti siano stabiliti da disposizioni legislative e regolamentari o attraverso sistemi di accreditamento istituiti dallo Stato membro di cura;

d) l'assistenza sanitaria in questione può essere prestata sul suo territorio entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenendo presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia di ogni paziente interessato.

7. Lo Stato membro di affiliazione mette a disposizione del pubblico le informazioni sull'assistenza sanitaria soggetta ad autorizzazione preventiva ai fini della presente direttiva nonché tutte le informazioni pertinenti sul sistema di autorizzazione preventiva.

Articolo 9

Procedure amministrative relative all'assistenza sanitaria transfrontaliera

1. Lo Stato membro di affiliazione garantisce che le procedure amministrative relative alla fruizione dell'assistenza sanitaria transfrontaliera e al rimborso dei costi di assistenza sanitaria sostenuti in un altro Stato membro si fondino su criteri obiettivi, non discriminatori, i quali siano altresì necessari e proporzionati all'obiettivo da conseguire.

2. Ogni procedura amministrativa del tipo di cui al paragrafo 1 è facilmente accessibile e le informazioni relative a tale procedura sono rese pubbliche al livello opportuno. Tale procedura è in grado di garantire la trattazione obiettiva e imparziale delle domande relative alle prestazioni di assistenza sanitaria transfrontaliera e al rimborso dei relativi costi.

3. Gli Stati membri stabiliscono periodi di tempo ragionevoli entro i quali le richieste di assistenza sanitaria transfrontaliera devono essere trattate e li rendono pubblici in anticipo. Nell'esame di una richiesta di assistenza sanitaria transfrontaliera, gli Stati membri tengono conto:

a) dello stato di salute specifico;

b) dell'urgenza del caso e delle singole circostanze.

4. Gli Stati membri garantiscono che le singole decisioni relative alla fruizione dell'assistenza sanitaria transfrontaliera e al rimborso dei costi di assistenza sanitaria sostenuti in un altro Stato membro siano debitamente motivate e soggette, all'occorrenza, a revisione, e possano altresì essere impugnate con ricorso giurisdizionale, che preveda anche provvedimenti provvisori.

5. La presente direttiva non pregiudica il diritto degli Stati membri di offrire ai pazienti un sistema volontario di notifica preventiva grazie al quale, a fronte di tale notifica, il paziente riceve una conferma scritta con l'indicazione dell'importo che sarà corrisposto sulla base di una stima. Tale stima tiene conto del caso clinico del paziente, specificando le procedure mediche di probabile applicazione.

Gli Stati membri possono scegliere di applicare i meccanismi di compensazione finanziaria tra le istituzioni competenti, come previsto dal regolamento (CE) n. 883/2004. Quando uno Stato membro di affiliazione non applica i suddetti meccanismi, lo stesso garantisce che i pazienti ricevano il rimborso senza indebito ritardo.

CAPO IV

COOPERAZIONE IN MATERIA DI ASSISTENZA SANITARIA

Articolo 10

Mutua assistenza e cooperazione

1. Gli Stati membri si prestano la mutua assistenza necessaria all'attuazione della presente direttiva, compresa la cooperazione in merito a standard e orientamenti di qualità e sicurezza e lo scambio di informazioni, soprattutto tra i loro punti di contatto nazionali ai sensi dell'articolo 6, nonché in merito alle disposizioni sulla vigilanza e la mutua assistenza per chiarire il contenuto delle fatture.

2. Gli Stati membri facilitano la cooperazione nella prestazione di assistenza sanitaria transfrontaliera a livello regionale e locale nonché mediante l'impiego delle TIC e di altre forme di cooperazione transfrontaliera.

3. La Commissione incoraggia gli Stati membri, in particolare i paesi confinanti, a concludere accordi tra loro. La Commissione incoraggia inoltre gli Stati membri a cooperare nella prestazione di assistenza sanitaria transfrontaliera nelle regioni di confine.

4. Gli Stati membri di cura provvedono affinché le informazioni sul diritto di esercizio della professione da parte dei prestatori sanitari iscritti nei registri nazionali o locali stabiliti nel loro territorio siano, su richiesta, messe a disposizione delle autorità di altri Stati membri, a fini dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, in conformità dei capi II e III e delle misure nazionali che attuano le disposizioni dell'Unione sulla protezione dei dati personali, in particolare le direttive 95/46/CE e 2002/58/CE, e il principio di presunzione di innocenza. Lo scambio di informazioni avviene attraverso il sistema di informazione del mercato interno, istituito ai sensi della decisione della Commissione 2008/49/CE, del 12 dicembre 2007, relativa alla protezione dei dati personali nell'ambito del sistema di informazione del mercato interno [1].

Articolo 11

Riconoscimento delle prescrizioni rilasciate in un altro Stato membro

1. Gli Stati membri, per un medicinale la cui immissione in commercio è autorizzata sul loro territorio ai sensi della direttiva 2001/83/CE o del regolamento (CE) n. 726/2004, garantiscono che le prescrizioni rilasciate in un altro Stato membro a un determinato paziente possano essere dispensate sul loro territorio conformemente alla legislazione nazionale in vigore. Essi garantiscono altresì il divieto di qualsiasi limitazione del riconoscimento di singole prescrizioni, salvo laddove tali restrizioni siano:

a) circoscritte a quanto necessario e proporzionate a tutelare la salute umana e non discriminatorie; o

b) fondate su dubbi legittimi e giustificati circa l'autenticità, il contenuto o la comprensibilità di una singola prescrizione.

[1] GU L 13 del 16.1.2008, pag. 18.

Il riconoscimento di tali prescrizioni non pregiudica le norme nazionali che regolano la prescrizione e la fornitura di medicinali, se tali norme sono compatibili con il diritto dell'Unione, compresa la sostituzione con medicinali generici o di altro tipo. Il riconoscimento delle prescrizioni non pregiudica le norme sul rimborso dei medicinali. Il rimborso delle spese per i medicinali è disciplinato dal capo III della presente direttiva.

In particolare, il riconoscimento di una prescrizione non pregiudica il diritto del farmacista, in base al diritto nazionale, di rifiutarsi, per ragioni etiche, di dispensare il medicinale prescritto in un altro Stato membro, dove il farmacista godrebbe dello stesso diritto, qualora la prescrizione sia stata rilasciata nello Stato membro di affiliazione.

Lo Stato membro di affiliazione adotta tutte le misure, oltre al riconoscimento della prescrizione, necessarie a garantire la continuità della cura, qualora una prescrizione sia rilasciata nello Stato membro di cura per medicinali o dispositivi medici disponibili nello Stato membro di affiliazione, e l'erogazione sia richiesta nello Stato membro di affiliazione.

Il presente paragrafo si applica inoltre ai dispositivi medici legalmente immessi sul mercato nel rispettivo Stato membro.

2. Per agevolare l'attuazione del paragrafo 1, la Commissione adotta:

a) misure che consentano a un professionista sanitario di verificare se la prescrizione sia autentica e se sia stata rilasciata in un altro Stato membro da un membro di una professione sanitaria regolamentata, legalmente abilitato in tal senso, mediante l'elaborazione di un elenco non esaustivo di elementi da inserire nelle prescrizioni e che devono essere chiaramente identificabili in tutti i formati di prescrizione, compresi gli elementi per facilitare, se necessario, il contatto tra chi prescrive e chi fornisce al fine di contribuire ad una comprensione completa della cura, nel debito rispetto della protezione dei dati;

b) orientamenti che aiutino gli Stati membri a sviluppare l'interoperabilità delle prescrizioni elettroniche;

c) misure che garantiscano la corretta identificazione dei medicinali o dei dispositivi medici prescritti in uno Stato membro e dispensati in un altro, ivi comprese misure riguardanti la sicurezza dei pazienti in relazione alla sostituzione nell'assistenza sanitaria transfrontaliera laddove la legislazione dello Stato membro che rilascia la prescrizione consenta tale sostituzione. La Commissione tiene conto, tra l'altro, del ricorso alla denominazione comune internazionale del dosaggio dei medicinali;

d) misure volte a facilitare la comprensibilità da parte del paziente delle informazioni relative alla prescrizione e alle istruzioni ivi incluse sull'utilizzo del prodotto, compresa un'indicazione del principio attivo e del dosaggio.

Le misure di cui alla lettera a) sono adottate dalla Commissione non oltre il 25 dicembre 2012 e le misure di cui alle lettere c) e d) sono adottate dalla Commissione non oltre il 25 ottobre 2012.

3. Le misure e gli orientamenti di cui al paragrafo 2, lettere da a) a d), sono adottate secondo la procedura di regolamentazione di cui all'articolo 16, paragrafo 2.

4. Nell'adottare le misure e gli orientamenti di cui al paragrafo 2, la Commissione tiene conto della proporzionalità degli eventuali costi di adeguamento nonché dei probabili benefici della misura o degli orientamenti.

5. Ai fini del paragrafo 1, la Commissione adotta altresì, mediante atti delegati ai sensi dell'articolo 17 e alle condizioni di cui agli articoli 18 e 19 non oltre il 25 ottobre 2012, le misure che escludono specifiche categorie di medicinali o dispositivi medici dal riconoscimento delle prescrizioni di cui al presente articolo, laddove ciò sia necessario per tutelare la salute pubblica.

6. Il paragrafo 1 non si applica ai medicinali soggetti a prescrizione medica speciale di cui all'articolo 71, paragrafo 2, della direttiva 2001/83/CE.

Articolo 12

Reti di riferimento europee

1. La Commissione sostiene gli Stati membri nello sviluppo delle reti di riferimento europee tra prestatori di assistenza sanitaria e centri di eccellenza negli Stati membri, soprattutto nel settore delle malattie rare. Le reti si basano sulla partecipazione volontaria dei loro membri, i quali partecipano e contribuiscono alle attività delle reti conformemente alla legislazione dello Stato membro in cui sono stabiliti e sono aperte in ogni momento a nuovi prestatori di assistenza sanitaria che desiderino aderirvi, a condizione che tali prestatori di assistenza sanitaria soddisfino tutte le condizioni richieste e i criteri di cui al paragrafo 4.

2. Le reti di riferimento europee perseguono almeno tre dei seguenti obiettivi:

a) concorrere a realizzare, a beneficio dei pazienti e dei sistemi di assistenza sanitaria, le potenzialità della cooperazione europea in materia di assistenza sanitaria altamente specializzata mediante l'utilizzo delle innovazioni della scienza medica e delle tecnologie sanitarie;

b) contribuire alla condivisione di conoscenze in materia di prevenzione delle malattie;

c) migliorare la diagnosi e l'erogazione di un'assistenza sanitaria di qualità, accessibile ed economicamente efficiente per tutti i pazienti affetti da patologie che richiedono una particolare concentrazione di competenze nei settori medici in cui la competenza è rara;

d) massimizzare l'uso economicamente efficiente delle risorse, concentrandole laddove opportuno;

e) rafforzare la ricerca, la sorveglianza epidemiologica, come la tenuta di registri, e provvedere alla formazione dei professionisti sanitari;

f) agevolare la mobilità delle competenze, virtualmente o fisicamente, e sviluppare, condividere e diffondere informazioni, conoscenze e migliori prassi e promuovere gli sviluppi nella diagnosi e nella cura di patologie rare, all'interno e all'esterno delle reti;

g) incoraggiare lo sviluppo di parametri di riferimento in materia di qualità e sicurezza e contribuire allo sviluppo e alla diffusione delle migliori prassi all'interno e all'esterno della rete;

h) aiutare gli Stati membri che hanno un numero insufficiente di pazienti con una particolare patologia, o che non dispongono delle tecnologie o delle competenze, a fornire una gamma completa di servizi altamente specializzati di alta qualità.

3. Gli Stati membri sono incoraggiati a facilitare lo sviluppo delle reti di riferimento europee:

a) collegando i prestatori di assistenza sanitaria e centri di eccellenza in tutto il territorio nazionale e garantendo la diffusione delle informazioni ai prestatori di assistenza sanitaria e ai centri di eccellenza appropriati in tutto il loro territorio nazionale;

b) promuovendo la partecipazione dei prestatori di assistenza sanitaria e dei centri di eccellenza alle reti di riferimento europee.

4. Ai fini del paragrafo 1, la Commissione:

a) adotta un elenco di specifici criteri e condizioni che le reti devono soddisfare nonché le condizioni e i criteri di ammissione richiesti ai prestatori di assistenza sanitaria che desiderano aderire alla rete di riferimento europea. Tali criteri e condizioni garantiscono, tra l'altro, che le reti di riferimento europee:

i) dispongano di conoscenza e competenze in materia di diagnosi, controllo e gestione dei pazienti documentate dai risultati positivi raggiunti, se del caso;

ii) seguano un'impostazione pluridisciplinare;

iii) offrano un elevato livello di competenza e abbiano la capacità di produrre orientamenti in materia di buone prassi e di realizzare misure di risultato e un controllo di qualità;

iv) apportino un contributo alla ricerca;

v) organizzino attività didattiche e di formazione; e

vi) collaborino strettamente con altri centri di eccellenza e reti a livello nazionale e internazionale;

b) elabora e pubblica i criteri per l'istituzione e la valutazione delle reti di riferimento europee;

c) agevola lo scambio di informazioni e competenze in relazione all'istituzione delle reti di riferimento europee e alla loro valutazione.

5. La Commissione adotta le misure di cui al paragrafo 4, lettera a), mediante atti delegati in conformità dell'articolo 17 e alle condizioni di cui agli articoli 18 e 19. Le misure di cui al paragrafo 4, lettere b) e c), sono adottate secondo la procedura di regolamentazione di cui all'articolo 16, paragrafo 2.

6. Le misure adottate conformemente al presente articolo non armonizzano alcuna disposizione legislativa o regolamentare degli Stati membri e rispettano pienamente le competenze di questi ultimi in materia di organizzazione e prestazione di servizi sanitari e assistenza medica.

Articolo 13

Malattie rare

La Commissione sostiene gli Stati membri nella cooperazione allo sviluppo di capacità di diagnosi e di cura, in particolare al fine di:

a) rendere i professionisti sanitari consapevoli degli strumenti a loro disposizione a livello di Unione per aiutarli a compiere una corretta diagnosi delle malattie rare, in particolare la base dati Orphanet, e le reti di riferimento europee;

b) rendere i pazienti, i professionisti sanitari e gli organismi responsabili del finanziamento dell'assistenza sanitaria consapevoli delle possibilità offerte dal regolamento (CE) n. 883/2004 per il trasferimento di pazienti con malattie rare in altri Stati membri, anche per diagnosi e cure che non sono disponibili nello Stato membro di affiliazione.

Articolo 14

Assistenza sanitaria on line

1. L'Unione sostiene e facilita la cooperazione e lo scambio di informazioni tra gli Stati membri operanti nell'ambito di una rete volontaria che collega le autorità nazionali responsabili dell'assistenza sanitaria online designate dagli Stati membri.

2. Gli obiettivi della rete di assistenza sanitaria on line consistono nel:

a) sfruttare i vantaggi socioeconomici sostenibili dei sistemi e dei servizi europei di assistenza sanitaria on line e delle applicazioni interoperabili, al fine di conseguire un elevato livello di fiducia e sicurezza, rafforzare la continuità delle cure e garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di elevata qualità;

b) elaborare orientamenti riguardanti:

   i) un elenco non esaustivo di dati che devono essere inseriti nei fascicoli dei pazienti e che possano essere scambiati tra professionisti sanitari per garantire la continuità delle cure e la sicurezza del paziente a livello transfrontaliero; e

   ii) metodi efficaci per consentire l'uso di informazioni mediche per la sanità pubblica e la ricerca;

c) sostenere gli Stati membri affinché definiscano misure comuni di identificazione e autenticazione per agevolare la trasferibilità dei dati nell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Gli obiettivi di cui alle lettere b) e c) sono perseguiti nel debito rispetto dei principi sulla protezione dei dati quali stabiliti in particolare nelle direttive 95/46/CE e 2002/58/CE.

3. La Commissione, secondo la procedura di regolamentazione di cui all'articolo 16, paragrafo 2, adotta le misure necessarie per l'istituzione, la gestione e il funzionamento trasparente della rete.

Articolo 15

Cooperazione nella valutazione delle tecnologie sanitarie

1. L'Unione sostiene e facilita la cooperazione e lo scambio di informazioni scientifiche tra gli Stati membri nell'ambito di una rete volontaria che collega fra loro le autorità o gli organismi nazionali responsabili della valutazione delle tecnologie sanitarie designati dagli Stati membri. Gli Stati membri ne notificano alla Commissione i nominativi e le coordinate. I membri di tale rete di valutazione delle tecnologie sanitarie partecipano e contribuiscono alle attività della rete conformemente alla legislazione dello Stato membro in cui sono stabiliti. La rete si fonda sui principi di buona governance, tra cui la trasparenza, l'obiettività, l'indipendenza delle perizie, la correttezza procedurale e le opportune consultazioni dei soggetti interessati.

2. Gli obiettivi della rete di valutazione delle tecnologie sanitarie consistono nel:

a) sostenere la cooperazione fra le autorità o gli organismi nazionali;

b) sostenere gli Stati membri nella messa a disposizione di informazioni obiettive, affidabili, tempestive, trasparenti, comparabili e trasferibili sull'efficacia relativa nonché sull'efficacia a breve e a lungo termine, ove applicabile, delle tecnologie sanitarie e rendere possibile uno scambio efficace di tali informazioni fra le autorità o gli organismi nazionali;

c) sostenere l'analisi della natura e del tipo di informazioni che possono essere scambiate;

d) evitare la duplicità delle valutazioni.

3. Al fine di attuare gli obiettivi di cui al paragrafo 2, la rete di valutazione delle tecnologie sanitarie può beneficiare degli aiuti dell'Unione. Possono essere erogati aiuti al fine di:

a) contribuire al finanziamento del sostegno amministrativo e tecnico;

b) sostenere la collaborazione tra gli Stati membri nello sviluppare e condividere le metodologie per la valutazione delle tecnologie sanitarie, ivi compresa la valutazione dell'efficacia relativa;

c) contribuire a finanziare la messa a disposizione di informazioni scientifiche trasferibili da utilizzare nelle relazioni nazionali e negli studi di casi commissionati dalla rete;

d) facilitare la cooperazione tra la rete e le altre istituzioni ed organi pertinenti dell'Unione;

e) facilitare la consultazione delle parti interessate sulle attività della rete.

4. La Commissione, secondo la procedura di regolamentazione di cui all'articolo 16, paragrafo 2, adotta le misure necessarie per l'istituzione, la gestione e il funzionamento trasparente della rete.

5. Le modalità per la concessione degli aiuti, le condizioni cui essi possono essere subordinati, nonché l'entità degli stessi, sono adottate secondo la procedura di regolamentazione cui all'articolo 16, paragrafo 2. Solo le autorità e gli organismi della rete designati quali beneficiari dagli Stati membri partecipanti sono eleggibili agli aiuti dell'Unione.

6. Per le azioni previste nel presente articolo, l'importo degli stanziamenti necessari è stabilito ogni anno nel quadro della procedura di bilancio.

7. Le misure adottate conformemente al presente articolo non interferiscono con le competenze degli Stati membri nel decidere sull'attuazione delle conclusioni in materia di valutazione delle tecnologie sanitarie e non armonizzano alcuna disposizione legislativa o regolamentare degli Stati membri e rispettano pienamente le competenze di questi ultimi in materia di organizzazione e prestazione di servizi sanitari e assistenza medica.

CAPO V

DISPOSIZIONI ESECUTIVE E FINALI

Articolo 16

Comitato

1. La Commissione è assistita da un comitato composto da rappresentanti degli Stati membri e presieduto dal rappresentante della Commissione.

2. Nei casi in cui è fatto riferimento al presente paragrafo si applicano gli articoli 5 e 7 della decisione 1999/468/CE, nel rispetto dell'articolo 8 della medesima.

Il periodo di cui all'articolo 5, paragrafo 6, della decisione 1999/468/CE è fissato in tre mesi.

Articolo 17

Esercizio della delega

1. Il potere di adottare gli atti delegati di cui all'articolo 11, paragrafo 5 e all'articolo 12, paragrafo 5, è conferito alla Commissione per un periodo di cinque anni a decorrere dal 24 aprile 2011. La Commissione presenta una relazione sui poteri delegati non oltre sei mesi prima della scadenza del periodo di cinque anni. La delega di potere è automaticamente prorogata per periodi di identica durata, tranne in caso di revoca da parte del Parlamento europeo o del Consiglio ai sensi dell'articolo 18.

2. Non appena adotta un atto delegato, la Commissione lo notifica simultaneamente al Parlamento europeo e al Consiglio.

3. Il potere conferito alla Commissione di adottare atti delegati è soggetto alle condizioni stabilite agli articoli 18 e 19.

Articolo 18

Revoca della delega

1. La delega di potere di cui all'articolo 11, paragrafo 5, e all'articolo 12, paragrafo 5, può essere revocata in ogni momento dal Parlamento europeo o dal Consiglio.

2. L'istituzione che ha avviato una procedura interna per decidere l'eventuale revoca della delega di potere si adopera per informare l'altra istituzione e la Commissione entro un termine ragionevole prima di adottare una decisione definitiva, specificando i poteri delegati che potrebbero essere oggetto di revoca e gli eventuali motivi della revoca.

3. La decisione di revoca pone fine alla delega dei poteri specificati nella decisione medesima. Gli effetti della decisione decorrono immediatamente o da una data successiva ivi precisata. La decisione di revoca non incide sulla validità degli atti delegati già in vigore. Essa è pubblicata nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*.

Articolo 19

Obiezioni agli atti delegati

1. Il Parlamento europeo e il Consiglio possono sollevare obiezioni a un atto delegato entro due mesi dalla data di notifica.

Su iniziativa del Parlamento europeo o del Consiglio detto termine è prorogato di due mesi.

2. Se allo scadere del termine di cui al paragrafo 1, né il Parlamento europeo né il Consiglio hanno sollevato obiezioni all'atto delegato, esso è pubblicato nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* ed entra in vigore alla data indicata nell'atto medesimo.

L'atto delegato può essere pubblicato nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* ed entrare in vigore prima della scadenza di tale termine, se il Parlamento europeo e il Consiglio hanno entrambi informato la Commissione della loro intenzione di non sollevare obiezioni.

3. Se il Parlamento europeo o il Consiglio sollevano obiezioni a un atto delegato, nel termine di cui al paragrafo 1, quest'ultimo non entra in vigore. L'istituzione che solleva obiezioni all'atto delegato ne illustra le ragioni.

Articolo 20

Relazioni

1. Entro il 25 ottobre 2015, e successivamente ogni tre anni, la Commissione redige una relazione sul funzionamento della direttiva e la presenta al Parlamento europeo e al Consiglio.

2. La relazione contiene in particolare le informazioni sui flussi dei pazienti, sulle dimensioni finanziarie della mobilità dei pazienti, sull'attuazione dell'articolo 7, paragrafo 9, e dell'articolo 8, e sul funzionamento delle reti di riferimento europee e dei punti di contatto nazionali. A tal fine, la Commissione procede a una valutazione dei sistemi e delle prassi messi in atto negli Stati membri, alla luce degli obblighi previsti dalla presente direttiva e dalla restante legislazione dell'Unione sulla mobilità dei pazienti.

Gli Stati membri forniscono alla Commissione l'assistenza e tutte le informazioni disponibili per svolgere la valutazione e preparare le relazioni.

3. Gli Stati membri e la Commissione ricorrono alla commissione amministrativa di cui all'articolo 71 del regolamento (CE) n. 883/2004 per quanto riguarda le conseguenze finanziarie dell'applicazione della presente direttiva per gli Stati membri che hanno optato per il rimborso sulla base di importi fissi, nei casi disciplinati dall'articolo 20, paragrafo 4, e dall'articolo 27, paragrafo 5, di tale regolamento.

La Commissione controlla e riferisce regolarmente sull'effetto dell'articolo 3, lettera c), punto i), e dell'articolo 8 della presente direttiva. Una prima relazione è presentata entro il 25 ottobre 2013. In base alle relazioni, la Commissione, se opportuno, presenta proposte per contenere eventuali eccessi.

Articolo 21

Attuazione

1. Gli Stati membri mettono in vigore entro il 25 ottobre 2013 le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative necessarie per conformarsi alla presente direttiva. Essi ne informano immediatamente la Commissione.

Quando gli Stati membri adottano tali disposizioni, esse contengono un riferimento alla presente direttiva o sono corredate di un siffatto riferimento all'atto della pubblicazione ufficiale. Le modalità di tale riferimento sono decise dagli Stati membri.

2. Gli Stati membri comunicano alla Commissione il testo delle disposizioni essenziali di diritto interno che essi adottano nel settore disciplinato dalla presente direttiva.

Articolo 22

Entrata in vigore

La presente direttiva entra in vigore il ventesimo giorno successivo alla pubblicazione nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*.

Articolo 23

Destinatari

Gli Stati membri sono destinatari della presente direttiva.

Fatto a Strasburgo, addì 9 marzo 2011.

Per il Parlamento europeo	*Per il Consiglio*
Il presidente	*La presidente*
J. BUZEK	GYŐRI E.

Terzo programma pluriennale d'azione dell'Unione europea (UE) in materia di salute 2014-2020 "Salute per la crescita"

Rinaldo Perini

A livello dell'UE, il settore sanitario è uno dei più vasti, rappresenta circa il 10% del prodotto interno lordo, occupa un lavoratore su dieci ed è caratterizzato da una percentuale superiore alla media di operatori in possesso di un livello d'istruzione universitaria.
La salute è non solo un valore in sé, ma anche un importante fattore di crescita economica.
Solo una popolazione sana può conseguire appieno il proprio potenziale economico.
Il settore sanitario, in particolare, è spinto dall'innovazione e da una forza lavoro altamente qualificata, tanto che la R&S in ambito sanitario può arrivare a toccare lo 0,3% del PIL.
La Commissione ha sottolineato che "*promuovere la buona salute fa parte integrante degli obiettivi di crescita intelligente e inclusiva della strategia Europa 2020. Mantenere i cittadini attivi e in buona salute più a lungo ha ricadute positive sulla produttività e la competitività.*
L'innovazione nelle cure sanitarie può contribuire a raccogliere la sfida della sostenibilità nel settore, nel contesto dei cambiamenti demografici in corso" e le iniziative volte a ridurre le diseguaglianze in ambito sanitario sono importanti per conseguire una "*crescita inclusiva*".
Il programma si concentra su quattro obiettivi principali, il cui scopo è conseguire un forte potenziale di crescita economica grazie al miglior stato di salute:
(1) sviluppare strumenti e meccanismi comuni a livello dell'UE per affrontare la carenza di risorse umane e finanziarie e agevolare l'adozione dell'innovazione nell'assistenza sanitaria, al fine di contribuire a sistemi sanitari innovativi e sostenibili;
(2) migliorare l'accesso alle competenze mediche e alle informazioni concernenti patologie specifiche anche su scala transnazionale e sviluppare soluzioni condivise e orientamenti per migliorare la qualità della sanità e della sicurezza dei pazienti allo scopo di migliorare l'accesso a un'assistenza sanitaria migliore e più sicura per i cittadini europei;
(3) individuare, diffondere e promuovere l'adozione di buone pratiche convalidate per misure di prevenzione efficaci sotto il profilo dei costi, affrontando i principali fattori di rischio, segnatamente il tabagismo, l'abuso di alcol e l'obesità, nonché l'HIV/AIDS, incentrandosi particolarmente sulla dimensione transfrontaliera, al fine di prevenire le malattie e promuovere la buona salute;
(4) Sviluppare approcci comuni e comprovarne il valore per essere più preparati e coordinarsi meglio nelle emergenze sanitarie **nell'intento di proteggere i cittadini dalle minacce sanitarie transfrontaliere.**
Il programma si incentrerà sui seguenti punti:
• contribuire a facilitare l'adozione di soluzioni innovative per migliorare la qualità, l'efficienza e la sostenibilità dei sistemi sanitari e estendere l'accesso a un'assistenza sanitaria migliore e più sicura;
• promuovere la buona salute e prevenire le malattie a livello europeo, integrando e sostenendo gli sforzi degli Stati membri per aumentare gli anni di vita in buona salute dei cittadini;
• sostenere le soluzioni volte a contrastare le minacce sanitarie transfrontaliere;
• sostenere le azioni previste dagli attuali obblighi di legge dell'UE.
La dotazione di bilancio prevista per questa opzione è pari a circa 57 milioni di EUR l'anno (ai prezzi del 2011), conformemente alla dotazione di bilancio proposta per il programma "Salute per la crescita" dalla comunicazione "Un bilancio per la strategia 2020" del giugno 2011.

I COLLEGHI INTERESSATI POSSONO RICHIEDERE IL TESTO INVIANDO UNA MAIL A: rinperi@gmail.com

Dirigenti Sanitari Responsabilità e rispetto delle "linee-guida"

R. P.

L'art. 3, co. 1, del "decreto Balduzzi"

"l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il Giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo"

Questa disposizione normativa:

1. limita l'area della responsabilità penale in capo al personale sanitario?
2. comporta una modifica sostanziale del giudizio penale di colpa ex art. 43 c.p. in capo al personale medico-sanitario?
3. la disposizione normativa ha una reale portata applicativa?

Rispetto delle linee guida e non punibilità della colpa lieve dell'operatore sanitario: la "norma penale di favore" al giudizio della Corte costituzionale

Il Tribunale di Milano, con un'ordinanza ha sollevato questione di legittimità costituzionale dell'art. 3 d.l. 158/12, come convertito dalla l. 189/12,

Secondo il giudice milanese, in sostanza, la disposizione censurata – escludendo la responsabilità per colpa lieve del sanitario che si attenga a guidelines e a good practices accreditate – introdurrebbe "una norma ad professionem delineando un'area di non punibilità riservata esclusivamente a tutti gli operatori sanitari che commettono un qualsiasi reato lievemente colposo nel rispetto delle linee guida e delle buone prassi". In particolare, l'ordinanza eccepisce come "la formulazione, la delimitazione, la ratio essendi, le conseguenze sostanziali e processuali di tale area di non punibilità appaiono stridere con i principi costituzionali di cui agli artt. 3, 24, 25, 27, 28, 32, 33, 111 Cost.".

L'illustrazione dei numerosi dubbi legittimità costituzionale risulta particolarmente approfondita:

violazione del principio di legalità/tassatività (artt. 3 e 25 Cost.) in relazione ad una serie di profili:

- la locuzione "non risponde penalmente per colpa lieve" si presta ad interpretazioni alternative e sensibilmente divergenti, evidenzia un dato normativo impreciso, indeterminato e quindi in attrito con il principio di ragionevolezza e di tassatività, sub specie del principio di legalità ex artt. 3 e 25 comma 2 Cost.";
- lo stesso riferimento al concetto di "colpa lieve", secondo il remittente, "è il punto più debole della normativa in parola: sconosciuta al nostro diritto penale la definizione di colpa lieve ex art. 133 c.p. è un grado della colpa da valutare obbligatoriamente per la quantificazione della pena. La novella in parola considera la colpa lieve il limite massimo dell'esimente.

Pertanto al cittadino, all'operatore sanitario prima ancora che al giudice, il legislatore ha il dovere di dettare una definizione che non sia consegnata all'arbitrio ermeneutico, pena la violazione del principio di tassatività (...) la considerazione che tale limite riguarda tutti i reati colposi, commessi da una categoria ampia di soggetti, nell'esercizio della loro attività professionale, comporta ancor di più la necessità di tassativi, determinati, precisi parametri normativi, primari o subprimari, idonei a delimitare il discrimen della punibilità.

È ancora più insidioso rimettere alla discrezionalità del giudice l'interpretazione e l'applicazione di tale formula in un contesto normativo in cui gli altri elementi della fattispecie

presentano ampie falle sul piano della precisione, determinatezza e tassatività della fattispecie";
- anche il riferimento alle "linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica" costituisce una "formulazione normativa tanto elastica da non consentire al giudice e prima ancora agli operatori sanitari di determinare esattamente i confini dell'esimente (...) Non vengono specificate le fonti delle linee guida, quali siano le autorità titolate a produrle, quali siano le procedure di raccolta dei dati statistici e scientifici, di valutazione delle esperienze professionali, quali siano i metodi di verifica scientifica, e infine quale sia la pubblicità delle stesse per diffonderle e per renderle conoscibili agli stessi sanitari (...). Se soltanto si considera che per talune specializzazioni mediche vi sono nel nostro paese tre linee guida regionali, tredici linee guida nazionali, alcune decine di linee guida europee (a differenza degli USA dove sono disponibili oltre duemila linee), giocoforza bisogna dedurne l'assoluta imprecisione e non determinabilità dei confini dell'area di non punibilità".

2.2. In secondo luogo è eccepita le violazione degli artt. 3 e 33 Cost. "laddove garantiscono in modo equo e ragionevole le pari condizioni della libertà dell'arte, della scienza e del relativo insegnamento": secondo il Tribunale meneghino, il legislatore – con la norma oggetto di censura – avrebbe infatti "tradito" la stessa ratio legis consistente nel "superamento della cosiddetta medicina difensiva"; in sostanza, "l'area di non punibilità è ingiustificatamente premiale per coloro che manifestano acritica e rassicurante adesione alle linee guida o alle buone prassi ed è altrettanto ingiustificatamente avvilente e penalizzante per chi se ne discosta con una pari dignità scientifica. Si consideri inoltre che il sistema delineato dalla norma in parola sostanzialmente promuove la produzione di linee guida perché costituiscono il perimetro della non punibilità entro il quale l'operatore sanitario trova riparo venendo graziato dalla colpa lieve. Quindi induce alla costituzione e alla redazione di linee guida o comunque all'individuazione di buone pratiche da codificare, automaticamente bloccando l'evoluzione del pensiero scientifico e la sperimentazione clinica. La conseguenza di tale irragionevole e quindi iniquo trattamento è il risultato deprimente per la libertà del sapere e lo sviluppo scientifico".

2.3. In terzo luogo, viene eccepita, sotto diversi profili, la violazione del principio di ragionevolezza/uguaglianza (art. 3 Cost.):
- perché "la nuova disposizione ha un ambito applicativo indiscriminatamente e irragionevolmente esteso, rivolgendosi, nella prospettiva soggettiva, "anche soggetti privi del compito di adottare scelte terapeutiche e/o diagnostiche (quindi estranei al tema della medicina difensiva) che pur fanno parte della categoria degli operatori sanitari"; nella sfera di non punibilità ritagliata dalla norma censurata, infatti, "non rientrano soltanto i medici ma tutti gli operatori sanitari: veterinari, farmacisti, biologi, psicologi, operatori socio sanitari, operatori di assistenza sanitaria etc. (...) non rientrano soltanto i medici ma tutti gli operatori sanitari: veterinari, farmacisti, biologi, psicologi, operatori socio sanitari, operatori di assistenza sanitaria etc.". Anche dal punto di vista dell'estensione oggettiva, "l'esonero dalla responsabilità penale, comunque qualificato, non riguarda soltanto i reati contro la persona ma qualsiasi reato colposo allargando il raggio di non punibilità fino a comprendere qualsiasi fatto commesso con colpa lieve di qualsiasi operatore sanitario" (ad esempio, la norma 'speciale' oggetto della censura, troverebbe irragionevole applicazione anche in merito alla responsabilità penale per violazione di norme in materia di sicurezza sul lavoro in ambito sanitario). Secondo il remittente "siffatta dilatazione è aberrante, incongrua e ingiustificata rispetto alla ratio, delineando in modo quasi illimitato la non punibilità di una serie tanto vasta di ipotesi da non trovare una ragionevole spiegazione dell'esenzione di pena (comunque qualificata) nell'osservanza delle linee guida o delle buone prassi";
- perché la norma censurata determinerebbe una irragionevole disparità di trattamento tra i fatti (conformi a linee guida e a buone pratiche accreditate) commessi con la cooperazione colposa di un operatorio sanitario – il quale potrebbe godere della non punibilità in caso di colpa lieve – e quelli in cui la cooperazione colposa alla realizzazione dell'evento lesivo sia posta in essere da un soggetto non provvisto di tale qualifica, che invece sarebbe chiamato a rispondere penalmente anche in caso di colpa lieve;
- perché l'applicazione delle norma ai "sanitari dipendenti pubblici" determinerebbe una disparità di trattamento

rispetto a tutti gli altri funzionari pubblici, che pure esercitano "una attività che ha una relazione quotidiana con i medesimi beni giuridici (salute, integrità psicofisica della persona, vita, incolumità pubblica, incolumità individuale, incolumità di beni, erogazione di un servizio pubblico)", ma non potrebbero comunque godere della non punibilità per i fatti commessi con colpa lieve; secondo il giudice remittente, conseguentemente, "il differente trattamento appare sostanzialmente un privilegio, irragionevole e ingiustificato, riservato ai soli dipendenti pubblici esercenti una professione sanitaria, in contrasto con il principio ex art. 28 Cost. in forza del quale tutti i funzionari dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali ... degli atti compiuti in violazione di diritti";

2.4. In quarto luogo, violazione dei principi di equa ed effettiva tutela giudiziaria ex artt. 3, 24, 32, 111 Cost.: tale violazione si sostanzierebbe nel fatto che "la persona offesa non può ricevere protezione alcuna in sede penale ma soltanto in sede civile in base all'art. 2043 cc. Si tratta di un grave vuoto di tutela in sede penale che impedisce a un soggetto colpito da un atteggiamento lievemente colposo dell'operatore sanitario di agire anche per chiedere la condanna di quest'ultimo (...) L'assenza di tutela penale comporta lo svilimento e lo svuotamento di ogni spazio per la persona offesa nel procedimento penale, specificamente (ma non soltanto) nel caso di danno alla salute. Tale conseguenza evidenzia sul piano sostanziale l'ingiustizia e l'ingiustificabilità della depenalizzazione della colpa lieve per gli operatori sanitari";

2.5. Infine, un'autonoma censura è quella relativa alla violazione del principio della funzione rieducativa della pena (art. 27 Cost.): "avere sostanzialmente depenalizzato la colpa lieve per gli operatori sanitari comporta l'impossibilità di punire chi ha cagionato un reato con colpa, rendendo concreto il rischio che la norma cautelare voleva evitare; e di conseguenza non si consente la rieducazione dell'autore dello stesso".

3. Il giudizio sulla fondatezza della questione merita senza dubbio riflessioni ben meditate, sebbene (almeno) alcune delle numerose eccezioni sollevate dal giudice milanese – ricche di acute suggestioni per il penalista (si pensi solo alla tematica, in nuce tra le righe dell'ordinanza, degli obblighi costituzionale di tutela penale) – possano forse essere risolte sul piano della "interpretazione conforme" ai vincoli costituzionali; d'altra parte, molti dei vizi addebitati alla norma oggetto di censura – in punto di tassatività e di uguaglianza – non concretizzano ipotesi più irragionevoli (e intollerabili) di quelle ripetutamente 'salvate' della Corte costituzionale nella prospettiva del suo proverbiale – benché non sempre apprezzato ed apprezzabile – self restraint.

Non dovrebbero invece porsi problemi di ammissibilità della questione, sebbene in malam partem. Quanto alla "rilevanza", infatti, dovrebbe essere ormai chiaro (cfr. C. Cost. n. 394 del 2006) come una eventuale sentenza di accoglimento – ripristinatrice dello statuto penale dell'operatore sanitario vigente al momento della commissione del fatto (i.e. punibilità anche della colpa lieve) – potrebbe trovare concreta e immediata applicazione in relazione ai fatti oggetto del giudizio a quo, in quanto realizzati quando la norma penale 'ripristinata' – e poi illegittimamente derogata – era pienamente vigente e conoscibile da parte del soggetto attivo (non potendo invocarsi pro reo la retroattività della lex mitior dichiarata illegittima).

Né all'ammissibilità della questione potrebbe opporsi il principio della riserva di lex parlamentaria in materia penale: come puntualmente messo in rilievo dal giudice remittente, la norma censurata è "certamente speciale e comunque più favorevole (...) rispetto alla normativa generale previgente" ed il suo annullamento "comporterebbe il mero ripristino della normativa generale precedente". Si tratta, in sostanza, di una tipica "norma penale di favore", in quanto perfettamente inquadrabile nel modello paradigmatico definito (con riferimento ai criteri della 'specialità' e della 'compresenza') dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 394 del 2006. È proprio sulla base di tale insegnamento, infatti, che l'ordinanza in esame esclude che il ripristino della fattispecie generale precedente possa determinare il "pericolo di ledere la discrezionalità del legislatore nella determinazione e definizione delle fattispecie penali".

Sennonché, i dubbi sopra espressi in merito alla fondatezza della questione de qua dimostrano come anche le eccezioni su norme penali di favore possano comportare valutazioni complesse ed intrusive 'sul merito' dell'opzione legislativa, teoricamente non dissimili da quelle relative alle eccezioni su norme penali "favorevoli" (e non "di favore"),

ritenute viceversa inammissibili perché comporterebbero in ogni caso la lesione della discrezionalità legislativa.
L'interessante eccezione di legittimità sollevata dall'ordinanza del Tribunale di Milano, in conclusione, conferma – al di là di quelli che potranno essere gli sviluppi della specifica questione rimessa al giudizio di costituzionalità (della quale sarà necessario tornare ad occuparsi re melius perpensa) – le perplessità manifestate dalla dottrina, penalistica e costituzionalistica, sulla 'relatività' del (rigido) criterio tracciato dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 394 del 2006 per definire i limiti all'ammissibilità delle pronunce di illegittimità in malam partem e, indirettamente, agli stessi poteri di sindacato della Corte nella materia penale (per un approfondimento di queste tematiche si veda M. Scoletta, Metamorfosi della legalità. Favor libertatis e sindacabilità in malam partem delle norme penali, Monboso, Pavia, 2012).

Risarcimento del danno, punti critici

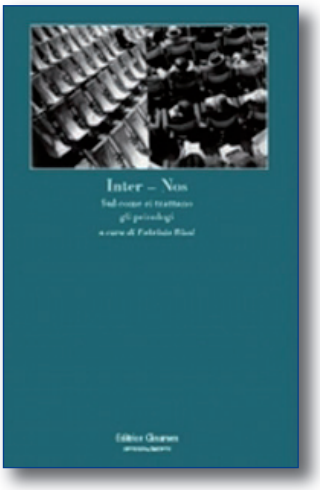
1. In base a quanto dispone il DPR n.ro 3 del 1957, le Aziende sanitarie e Ospedaliere che hanno risarcito un danno al paziente – direttamente o per il tramite del loro assicuratore – hanno l'obbligo di esercitare la rivalsa avanti la Corte dei Conti nei confronti del Medico dipendente responsabile del danno in tutti i casi in cui il comportamento di quest'ultimo sia connotato da dolo o "Colpa Grave".
2. Nel nostro ordinamento giuridico manca una definizione di Colpa Grave. Per tale ragione, la giurisprudenza ritiene che tutti i casi di colpa per errore sanitario (civile e penale) possano essere classificati come "gravi" in quanto lesivi del bene "salute" costituzionalmente protetto dall'art. 32 Cost.
3. Dal 2009 la Finanziaria ha stabilito che non si può più fare una polizza per i dipendenti inserita nella stessa polizza dell'Ente. Adesso l'Ente ha una polizza diversa e distinta da quella del suo personale, anche se permette al proprio assicuratore di utilizzare il bacino dei dipendenti per diffondere polizze individuali.
4. Le condizioni contrattuali di queste polizze individuali possono in alcuni casi essere inadeguate o con coperture che possono essere inefficaci.
5. Se la definizione di "Sinistro" è la **"azione di rivalsa intrapresa dall'Ente di appartenenza"**: in altre parole, ai fini della polizza stipulata il Dirigente Sanitario potrà validamente aprire un "sinistro" **solo** quando vi sia una "azione di rivalsa" esercitata dall'Ente presso cui lavora.

Ora, se consideriamo che:
- fra il giorno in cui si è verificato il danno e quello in cui avviene in concreto il risarcimento (dopo tutti i gradi di giudizio) passano in genere 10/15 anni e che solo a questo punto verrà coinvolta la Corte dei Conti attraverso **azione di rivalsa intrapresa dall'Ente di appartenenza**
- tutte le polizze assicurative coprono solo le richieste di risarcimento danni pervenute durante il periodo di validità del contratto assicurativo ma non conosciuti prima della stipula dello stesso.

Vediamo che, qualora il Dirigente sanitario, il Medico abbia stipulato la polizza colpa grave offerta dal suo Ente potrà trovarsi nella condizione di non poter aprire il sinistro per 10/15 anni (manca l'azione di rivalsa) e, quando verrà coinvolto in una azione di rivalsa, non potrà comunque aprire il sinistro se (come sempre accade) sarà cambiato l'assicuratore, in quanto il nuovo assicuratore non coprirà fatti già noti (da tanti anni).
Infine si verifica sempre più spesso per la logica di corto respiro delle direzioni generali che lasciano a chi dovrà sopravvenire i problemi che le aziende non stiano risarcendo i danni, ma l'art. 2055 codice civile – in materia di "responsabilità solidale" – stabilisce: "Se il fatto dannoso è imputabile a più persone (ad esempio, il medico e l'Azienda), tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno. Colui che ha risarcito il danno ha regresso contro ciascuno degli altri, nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dall'entità delle conseguenze che ne sono derivate".
Si aggiunge che l'art. 6, terzo comma, della legge di stabilità 2013 (Razionalizzazione e riduzione della spesa nel settore sanitario) prevede l'estensione dell'impossibilità di pignorare i beni degli enti pubblici sanitari sino al dicembre 2013.
Per tutte queste ragioni, è molto più facile per il paziente-danneggiato trovare soddisfazione rivalendosi sul dirigente sanitario piuttosto che aspettare che l'ente pubblico competente paghi.

Recensioni

a cura di Giovanni Cavadi



Inter-Nos ***Sul come si trattano gli psicologi*****, isbn: 9788884101631, Collana «interna/mente», 4, 2010, pp. 86, € 14.00.**

L'obiettivo di questo libro è piuttosto inusuale: descrivere come si trattano fra di loro gli psicologi e gli psicoterapeuti, per riflettere su quegli aspetti che Jung definiva con il termine "Ombra". Gli autori (che sono appunto tutti psicologi e psicoterapeuti operanti in Italia) gettano uno sguardo interno alla loro categoria cercando di enuclearne incongruità e contraddizioni. Lungi dall'essere una vetrina di gossip e attento a non presupporre alcuna mistificante idealizzazione della professione, Inter-Nos è un libro che muove dalla quotidiana esperienza di rapporto tra colleghi, risultando così in grado di indicare essenziali motivi per una necessaria auto-riflessione da parte di coloro che considerano se stessi (e che anche da altri perlopiù sono considerati) "tecnici" della relazione e promotori della "salute emotiva".
La tendenza ad arruolarsi in "scuole" spesso votate all'isolazionismo; il disequilibrio di potere tra donne e uomini in una categoria a larga prevalenza femminile; la talvolta scarsa preparazione professionale di psicologi e psicoterapeuti; il frequente atteggiamento di supponenza nei confronti dei giovanissimi agli esordi della carriera; il delicatissimo equilibrio che regola i rapporti tra docenti e discenti, fuori e dentro il contesto accademico: questi sono alcuni dei temi trattati dagli autori.

L'APPARTENENZA
Nicola Artico, Ma tu … di che scuola sei?

IL LINGUAGGIO
Guido Bezzato, Il perverso linguaggio monosemantico degli strizzacervelli

IL GENERE
Gianna Nicaso, Il femminile e il maschile nella categoria "psy"

LA SOLIDARIETÀ
Alice Rugiero, Noi, colleghe

LA DE-FORMAZIONE
Leonardo Angelini – Deliana Bertani, Fantasmi formativi sulla scena della psicoterapia

Le competenze trasversali nelle équipe della salute mentale / ISFOL; [a cura di Alessandra Felice e Luisa D'Agostino]. - Roma: ISFOL, c2013. - 203 p.; 24 cm. - (I libri del Fondo sociale europeo; 179)

La pubblicazione costituisce il risultato di un lavoro realizzato dall'isfol con il coinvolgimento degli operatori dei Centri Diurni di Roma e del Lazio e delle cooperative integrate che operano all'interno di questi servizi. Il volume nasce come risposta alla domanda di analisi delle competenze comuni che contraddistinguono il lavoro delle équipe degli operatori dei Centri, ed è frutto di riflessioni che scaturiscono da uno scenario europeo dove le competenze vengono esaminate nell'ambito di un processo molto più articolato di de-istituzionalizzazione e di organizzazione di nuove reti di servizi, e da un'esperienza, iniziata dall'Osservatorio sull'Inclusione Sociale alcuni anni prima con esperti di Hay Group in campi diversi da quello della salute mentale. I lavori precedenti con Hay Group riguardavano le competenze comuni di quegli operatori sociali che, in un rapporto di mentoring con la persona, si occupano di tossicodipendenti, di gruppi di auto-aiuto, di detenuti o di giovani drop out che si trovano al di fuori dei circuiti formativi e lavorativi.

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

SEGRETERIA NAZIONALE

MARIO SELLINI
SEGRETARIO GENERALE
Tel. 0968/76244 - 348/4112553
e.mail: mariosellini@gmail.com

VITO TUMMINO
Tesoriere
Tel. 031/523327 - 348/4112554
e.mail: vitotu@tiscali.it

RINALDO PERINI
Tel. 06/8860828 - 348/3701599
e.mail: rinperi@gmail.com

CHIARA GUELLA
333/4419094
e.mail: chiara.guella@apss.tn.it

NATALIO FLARA'
Tel. 085/8020305 - 348/4112558
e.mail: flara@tin.it

ELISABETTA CORTI
334/6783363
e.mail: betta.corti@virgilio.it

DOMENICO PUTZOLU
Tel. 0783/290326
e.mail: narbo.domenico@gmail.com

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

MEMBRI

ACETO CLAUDIA	0141/487651
ALBIERO DAVIDE	0445/313811
ARCICASA ANGELO	335/5995602
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714
BELLANCA RITA	349/3323542
BERNARDINI ENRICO	0746/483073
BINI LAURA	339/5324246
CALLONI GIOVANNI	329/7509118
CALVANI ROBERTO	0432/553571
CANNIZZARO CATERINA	393/2050574
CARSANA ANTONELLA	329/2185930
CARTISANO ORLANDO	0963/591650
CASSELLA SERGIO	349/8823605
CASULA SEVERINO	388/6154491
CERIONI ANNA GRAZIA	0721/882849
CIRACÌ CARMELO	340/9383794
COLOMBARI MANUELA	051/6838432
CONTARDI M.CLEOFE	0721/739722
CORDARO ENZO	06/65104301
CORTI M. ELISABETTA	0341/482387
D'ANGELO ANNA	0885/781776
D'ANGELIS ERMENEGILDO	0824/313790
DE LUCA VERA	039/2717478
DE PASQUALE AMELIA	339/2753414
DI GIAMMARCO GILDA	0861/591737
D'IMPORZANO AGOSTINO	349/8339603
DORDONI GIORDANA	338/7404609
FLARA' NATALIO	0861/8020305
FRATI FULVIO	349/0775079
GAETA NICOLA	0883/483439
GARAU TULLIO	347/5278967
GATTI RITA	339/3844751
GENTILE SALVATORE	0835/986450
GIAMBUZZI ROBERTO	085/9173275
GIOSSI PAOLA	031/370243
GUELLA CHIARA	333/4419094
INFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580
INNEO GIUSEPPE	338/4678461
LAZZARI DAVID	0744/423871
LIO SONIA	335/6677205
LETTINI GIANFRANCO	0972/39239
LOMBARDO ARMODIO	338/1429311
LUCCHI ADELE	0547/302689
MANGIFESTA ANNA	333/4690308
MANNA PAOLA	347/3677796
MARENCO GIANCARLO	0141/392729
MARTIN MARIA ROSA	347/2592282
MEGNA FRANCESCO	0962/924262
MERCURI EUGENIO	0968/25331
MERLINI FRANCO	02/58013132
MICOZZI MAURIZIO	0734/965752
MIGLIO VIRGINIA	347/3173998
NARDO GIAMPIETRO	348/9335893
NOVAGA ANNA ROSA	0541/698772
NOVELLI STEFANO	0385/582902
PAINI GIANCARLA	347/2211654
PALMA G. LUIGI	0836/554819
PALMIERI GIOVANNI	0835/253952
PASCALI FERRUCCIO	340/4073885
PAZZAGLIA ANTONELLA	0733/900316
PEIS RINALDO	347/2727886
PERINI RINALDO	0774/357209
POLI GIACOMO	0376/919155
PUTZOLU DOMENICO	0783/290326
RASSU MARIA ROSA	079/9959809
RICCIO DOMENICO	339/4864048
RIPPA ARTURO	329/6505673
ROSSINI MARIO	335/5995603
RUBINO VINCENZO	349/7923121
SALINO PAOLA	349/5624609
SALTARINI DORIS	335/6301874
SANTORO LUCIA	347/5737814
SARTORELLI MARIA CHIARA	347/5142566
SCACCIONI RAFFAELLA	0161/250097
SCARDILLI SALVO	095/894367
SELLINI MARIO	0968/76244
SERRA LETIZIA	0131/443370
SOLARI SILVANO	0187/732772
SOPPELSA ALESSIO	0471/907470
SPITALE GIUSEPPE	0931/582458
TADDEI BRUNO	051/6224285
TAGLIAMONTE MARIA	338/2137311
TRIGLIA ANGELO L.	328/6231685
TRISTAINO FRANCESCO	0984/73392
TUMMINO VITO	031/523327
TURCO LUIGI	338/7752577
ZAVAGLIA SALVATORE	328/4188758

PROBIVIRI

ACETO CLAUDIA	0141/487651	cla.aceto@gmail.com
ABAZIA LEONARDO	335/7406044	leonardoabazia@libero.it
GHIANI MARIA CARMEN	338/3700477	mariacarmen.ghiani@tin.it
MANIGLIA RAFFAELE	0832/661083	raffaelemaniglia@gmail.com
TIENGO GIOVANBATTISTA	335/6082191	giovanbattistatiengo@gmail.com

REVISORI DEI CONTI

ARCICASA ANGELO	335/5995602	arcicasa@gmail.com
CAMPOLO FORTUNATO	0964/20494	fortunatocampolo@virgilio.it
CHIAVARO CLAUDIO	0874/409389	cchiavaro@libero.it
MENGHINI GIACOMO	06/98340888	giacomomenghini@libero.it
POLI GIACOMO	0376/919155	giacomopoli53@tiscali.it

CONFERENZA DELLE REGIONI

MARENCO GIANCARLO
SEGRETARIO REGIONALE PIEMONTE
Tel. 0141/487651
giancarlomarenco@tin.it

SALINO PAOLA
SEGRETARIO REGIONALE VAL D'AOSTA
Tel. 349/5624609
salino.p@tiscali.it

ZAVAGLIA SALVATORE
SEGRETARIO REGIONALE LOMBARDIA
Tel. 328/4188758
szavaglia@tin.it

SOPPELSA ALESSIO
SEGRETARIO PROVINCIALE BOLZANO
alessio.soppelsa@asbz.it

GUELLA CHIARA
SEGRETARIO PROVINCIALE TRENTO
Tel. 333/4419094
chiara.guella@apss.tn.it

ARCICASA ANGELO
SEGRETARIO REGIONALE FRIULI
Tel. 335/5995602
arcicasa@tiscali.it

NARDO GIAMPIETRO
SEGRETARIO REGIONALE VENETO
Tel. 348/9335893
giampietronardo@interfree.it

SOLARI SILVANO
SEGRETARIO REGIONALE LIGURIA
Tel. 0187/732772
silvanus49@gmail.com

TADDEI BRUNO
SEGRETARIO REGIONALE EMILIA ROMAGNA
Tel. 051/6224285
b.taddei@ausl.bologna.it

CERIONI ANNA GRAZIA
SEGRETARIO REGIONALE MARCHE
Tel. 0721/882849
annagrazia.cerioni@gmail.com

SANTORO LUCIA
SEGRETARIO REGIONALE TOSCANA
Tel. 347/5737814
firsir@teletu.it

LAZZARI DAVID
SEGRETARIO REGIONALE UMBRIA
Tel. 0744/423871
lazzarid@aospterni.it

INNEO GIUSEPPE
SEGRETARIO REGIONALE LAZIO
Tel. 338/4678461
giuseppe.inneo@fastwebnet.it

BALDASSARRE GIROLAMO
SEGRETARIO REGIONALE MOLISE
Tel. 0874/823714
girolamo.baldassarre@tin.it

RIPPA ARTURO
SEGRETARIO REGIONALE CAMPANIA
Tel. 329/6505673
arturo.rippa@fastwebnet.it

PALMA GIUSEPPE LUIGI
SEGRETARIO REGIONALE PUGLIA
Tel. 348/7719657
xkpal@tin.it

GENTILE SALVATORE
SEGRETARIO REGIONALE BASILICATA
Tel. 0835/986450
salvatoregentile4@virgilio.it

LOMBARDO ARMODIO
SEGRETARIO REGIONALE CALABRIA
Tel. 338/1429311
armlomba@tin.it

SCARDILLI SALVATORE
SEGRETARIO REGIONALE SICILIA
Tel. 095/320955
salvo_scardilli@virgilio.it

PUTZOLU DOMENICO
SEGRETARIO REGIONALE SARDEGNA
Tel. 0783/290326
narbo.domenico@gmail.com

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

PIEMONTE

Segretario Regionale

	MARENCO Giancarlo	0141/487651

Segretari Provinciali

AL	SERRA Letizia	0131/443370
AT	ACETO Claudia	0141/487651
CN	DI VITA Miriam	338/5700322
NO	PROTTI Antonella	333/2026402
VC	SCACCIONI Raffaella	0161/250097
BI	ACQUADRO Loredana	015 /9899853
VB	LIO Sonia	335/6677205
TO	PERETTI Paolo	335/6127875

VAL D'AOSTA

Segretario Regionale

AO	SALINO Paola	349/5624609

LOMBARDIA

Segretario Regionale

	ZAVAGLIA Salvatore	328/4188758

Segretari Provinciali

MI città	MERLINI Franco	02/58013132
MI Nord	DE LUCA Vera	039/2717478
MI Sud	CALLONI Giovanni	329/7509118
BG	RUBINO Vincenzo	349/7923121
BS	CARSANA Gabriella	329/2185930
CO	GIOSSI Paola	031/370243
LC	CORTI M. Elisabetta	0341/482387
LO	CANNIZZARO Caterina	393/2050574
CR	POLI Giacomo	0376/919155
MN	BINI Laura	339/5324246
PV	NOVELLI Stefano	0385/582902
SO	GIANATTI Daniela	328/2865763
VA	ROSSINI Mario	335/5995603
LP/CO	PAINI Giancarla	347/2211654
LP/CO	SALTARINI Doris	335/6301874

PROV. BOLZANO

BZ	SOPPELSA Alessio	0471/907470

PROV. TRENTO

TN	GUELLA Chiara	333/4419094

VENETO

Segretario Regionale

	NARDO Giampietro	348/9335893

Segretari Provinciali

BL	TURCO Luigi	338/7752577
TV	CASSELLA Sergio	349/8823605
VR	BRONZATO Gigliola	348/5118270
VI	ALBIERO Davide	0445/313811
PD	BONAMICI Marco	349/2410485
RO	POZZATO Patrizia	347/8172010
VE	SERRA Emilia	347/6443810

FRIULI

Segretario Regionale

	ARCICASA Angelo	335/5995602

Segretari Provinciali

UD	CALVANI Roberto	0432/553571
PN	MASCI Silvia	0434/553631

LIGURIA

Segretario Regionale

	SOLARI Silvano	0187/732772

Segretari Provinciali

GE	SOLARI Silvano	0187/732772
IM	PRIVITERA Angela	347/4251121
SP	D'IMPORZANO Agostino	349/8339603
SV	MARTIN Rosa Maria	347/2592282

EMILIA ROMAGNA

Segretario Regionale

	TADDEI Bruno	051/6224285

Segretari Provinciali

FE	COLOMBARI Manuela	051/6838432
MO	SGARBI Cinzia	347/2738044
FO	LUCCHI Adele	0547/302689
PC	DORDONI Giordana	338/7404609
RA	MACCOLINI Diana	0546/602438
RE	BENEDETTI Annalisa	0522/850418
PR	FRATI Fulvio	349/0775079
BO	TADDEI Bruno	051/6224285
RI	NOVAGA Annarosa	0541/698772

MARCHE

Segretario Regionale

	CERIONI Anna Grazia	0721/882849

Segretari Provinciali

AN	GATTI Rita	339/3844751
AP	ALESSANDRONI Vinicio	0736/844413
PS	CONTARDI M. Cleofe	0721/739722
MC	PAZZAGLIA Antonella	0733/900316
FM	MICOZZI Maurizio	348/2630003

TOSCANA

Segretario Regionale

	SANTORO Lucia	347/5737814

Segretari Provinciali

AR	FARNETANI Edi	0575/658158
GR	PETRUZZIELLO M. Grazia	328/8250551
FI	SANTORO Lucia	347/5737814
LI	ARTICO Nicola	0586/614258
LU	TOCCHINI Stefania	0583/700132
PT/PI	TIMPANO Marco	0587/273378
SI	MANNA Paola	347/3677796

PO	DEGLI INNOCENTI Dario	0574/21135
MS	SARTORI Sirio	0187/406121

UMBRIA

Segretario Regionale

	LAZZARI David	0744/205332

Segretari Provinciali

PG	ANGELUCCI Paola	347/3360618
TR	BELLANCA Rita	349/3323542

LAZIO

Segretario Regionale

	INNEO Giuseppe	338/4678461

Segretari Provinciali

RM Nord	CORDARO Enzo	06/65104301
RM Centro	GASPA Piero	335/8281510
RM Sud-Est	INNEO Giuseppe	338/4678461
FR	MOLLICONE Antonio	333/1232458
LT	SANAPO Aldo	338/2687293
RI	BERNARDINI Enrico	0746/278927
VT	CAVASINO Sergio	0761/339232

ABRUZZO

Segretari Provinciali

AQ	MANFREDA Paolo	0863/509071
CH	GIAMBUZZI Roberto	085/9173275
TE	DI GIAMMARCO Gilda	338/9078463
PE	SARTORELLI M. Chiara	347/5142566

MOLISE

Segretario Regionale

	BALDASSARRE G.	0874/823714

Segretari Provinciali

IS	DE PASQUALE Amelia	339/2753414
CB	MANGIFESTA Anna	333/4690308

CAMPANIA

Segretario Regionale

	RIPPA Arturo	329/6505673

Segretari Provinciali

NA	ZULLO Claudio	081/2546455
AV	SEMENTA Stefania	328/4134609
BN	D'ANGELIS E.	0824/313790
CE	RICCIO Domenico	339/4864048
SA	TAGLIAMONTE Maria	338/2137311

PUGLIA

Segretario Regionale

	PALMA Giuseppe	348/7719657

Segretari Provinciali

BA	MIGLIO Virginia	347/3173998
BR	CIRACÌ Carmelo	340/9383794
FG	D'ANGELO Anna	0885/781776
LE	PASCALI Ferruccio	340/4073885
TA	PICCINNI Anna	392/0924688
BT	GAETA Nicola	0883483439

BASILICATA

Segretario Regionale

	GENTILE Salvatore	0835/986450

Segretari Provinciali

PZ	LETTINI Gianfranco	0972/39239
MT	PALMIERI Giovanni	0835/253952

CALABRIA

Segretario Regionale

	LOMBARDO Armodio	338/1429311

Segretari Provinciali

RC	TRIGLIA A. Luigi	328/6231685
CZ	MERCURI Eugenio	0968/25331
CS	TRISTAINO Francesco	0984/464048
KR	MEGNA Francesco	0962/962568
VV	CARTISANO Orlando	0963/591650

SICILIA

Segretario Regionale

	SALVO Scardilli	095/320955

Segretari Provinciali

AG	INFURCHIA Giuseppe	0922/832757
CL	SAMMARTINO Giuseppina	333/5942289
CT	SCARDILLI Salvo	095/320955
EN	CASTROGIOVANNI Filippo	0935/697061
ME	PIROMALLI Carlo	090/2224925
RG	GUASTELLA Salvatore	335/5713051
SR	SPITALE Giuseppe	0931/582458
TP	NOCERA Giacomo	0923/472259
PA	MUSCATO Rino	335/6944998

SARDEGNA

Segretario Regionale

	PUTZOLU Domenico	0783/290326

Segretari Provinciali

CA	GARAU Tullio	347/5278967
NU	CASULA Severino	388/6154491
OR	PEIS Rinaldo	347/2727886
SS	RASSU M. Rosa	079/9959809

F.A.S.S.I.D.

Federazione AIPaC - AUPI - SIMeT - SINAFO - SNR - Dirigenti

DIPENDENTI / AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

AREA A U P I
ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

Al Sig. Direttore generale
Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. _____)
dell'Ente: _____

Alla Segr. Iscritti F.A.S.S.I.D. Area AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE F.A.S.S.I.D. Area AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt__ _____

dipendente con la qualifica di:

- ❑ Dirigente Psicologo
- ❑ Dirigente Biologo
- ❑ Dirigente Chimico
- ❑ Dirigente Fisico
- ❑ Dirigente Medico

Servizio o Presidio _____

Tel. Servizio _____/_____

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore di F.A.S.S.I.D. Area AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt__ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di _____
dell'anno _____;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt__, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza F.A.S.S.I.D. Area AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data_____ _____
FIRMA

Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:

Dr./ssa _____
Via _____
Cap_____ Città _____
Prov._____ Tel._____
e-mail_____

Al Servizio Economico-Finanziario
Modalità di riscossione dei contributi sindacali
F.A.S.S.I.D. Area AUPI
per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statutari comunichiamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

mediante versamento su c.c.p. n° 72492028
o Bonifico postale con cod. IBAN:
IT68M0760103200000072492028

intestato a

AUPI
Via Arenula 16 - 00186 ROMA

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

❑ **per i dipendenti da tutte le Amministrazioni, pubbliche o private: l'uno per cento (1%) sul totale onnicomprensivo del netto variante in ciascuna busta paga mensile.**

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato il mese di competenza ed il numero degli iscritti ed i loro nominativi, distinti fra deleghe semplici e doppie deleghe; ed inoltre la città sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla. Va evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni necessarie.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata in copia protocollata dall'Ente ad:

AUPI
via Arenula 16
00186 ROMA
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191

ADESIONE LIBERI PROFESSIONISTI:

Io sottoscritt _____ chiedo con la presente l'iscrizione all'*AUPI - Associazione Unitaria Psicologi Italiani,* conseguentemente di ricevere regolarmente AUPI-Notizie ed ogni altra competente comunicazione, e veder tutelata dal Sindacato la mia posizione personale di psicolog _____ .

La quota associativa è di: ❑ € 50,00 per chi ha un reddito annuo inferiore a € 15.000,00
❑ € 100,00 per chi ha un reddito annuo superiore a € 15.000,00

Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di €_____
per la quota associativa relativa all'anno solare 2013 dovuta in qualità di:

❑ LP Libera/o Professionista, tel. studio: _____/_____ fax _____

ADESIONE CONVENZIONATI E DIPENDENTI PRIVATI:

Io sottoscritt _____chiedo con la presente l'adesione all'*Aupi - Associazione Unitaria Psicologi Italiani,* conseguentemente di ricevere regolarmente AUPI-Notizie ed ogni altra competente comunicazione.

Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di €_____
per la quota d'adesione relativa all'anno solare 2013 dovuta in qualità di:

La quota associativa è di: ❑ € 50,00 per chi ha un reddito annuo inferiore a € 15.000,00
❑ € 100,00 per chi ha un reddito annuo superiore a € 15.000,00

❑ CO Convenzionata /o con GeG ❑ con Min. Difesa ❑ con altro _____
(Dati Ente tel. lavoro _____/_____

❑ SP Dipendente da Ente Sanitario Privato (*non Aris/Aiop*)
(Dati Ente tel. lavoro _____/_____

❑ DP Laureato in Psicol. Dipendente da ditta Privata/*Ente non Sanitario*
(Dati Ditta/Ente tel. lavoro _____/_____

ADESIONE NON OCCUPATI:

Io sottoscritt _____chiedo con la presente l'adesione all'*Aupi - Associazione Unitaria Psicologi Italiani,* conseguentemente di ricevere regolarmente AUPI-Notizie ed ogni altra competente comunicazione.

Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di €_____
per la quota d'adesione relativa all'anno solare 2013 dovuta in qualità di:

❑ XD € 50,00 Laureato in Psicologia non occupato con un reddito annuo non superiore a € 15.000,00 ❑ Data di nascita _____

❑ ST € 50,00 Studente in Psicologia con un reddito annuo non superiore a € 15.000,00 ❑ Università di _____

RICHIESTA DI ABBONAMENTO per l'anno 2013:

❑ € 155,00 *(Abbonamento AUPI-Notizie per Enti ed Associazioni e per coloro che dichiarino di non voler aderire all'Aupi. Vengono inviati tutti i numeri usciti nell'anno)*

Il/la sottoscritt_____, ai sensi della vigente legge sulla Privacy, autorizza l'AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini associativi e sindacali, di informazione, coinvolgimento e sensibilizzazione, riservandosi di limitare o revocare tale autorizzazione in qualunque momento.
AUPI-Notizie verrà inviato al seguente indirizzo:

Dr./ssa _____
Via _____
Cap _____ Città _____
Prov. _____ Tel. _____
e-mail _____

A cura del/lla Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata, corredata dalla fotocopia del versamento, ad:

AUPI Via Arenula, 16 - 00186 ROMA
Fax 0668803822 - Tel. 066893191.

Riportare sulla causale se si tratta di rinnovo o di nuova iscrizione.

Sotto la propria responsabilità il collega dovrà annotare sulla scheda, barrando l'apposita casella, il proprio status (da cui dipende la misura della quota annua).

firma: _____

CONVENZIONATI AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

A U P I
ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI
Cod. Fisc. AUPI 96011290044

Al Sig. Direttore generale
Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. _____)
dell'Ente: _____

Alla Segr. Iscritti AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE all'AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt__ _____

❑ *Convenzionato ACN 8/7/10 per n°* _____ *ore/sett*
Dichiaro di essere titolare per complessive n° _____
ore/settimanali presso le altre seguenti Aziende Sanitarie:

_____ _____

Servizio o Presidio _____

Tel. Servizio _____/_____

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt__ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di _____
dell'anno _____;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt__, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza l'AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data_____ _____
FIRMA

Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:

Dr./ssa _____
Via _____
Cap_____ Città _____
Prov._____ Tel._____
e-mail_____

Al Servizio Economico-Finanziario
Modalità di riscossione dei contributi sindacali AUPI per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statutari comunichiamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

mediante versamento su c.c.p. n° 72492028
o Bonifico postale con cod. IBAN:
IT68M0760103200000072492028
intestato a AUPI - Via Arenula 16 - 00186 ROMA

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

❑ **per i Convenzionati (quota fissa):**

€ 7.75 mensili per incarichi da 1 a 12 ore settimanali.
€ 11.35 mensili per incarichi da 13 a 24 ore settimanali.
€ 13.95 mensili per incarichi da 25 a 38 ore settimanali.

In caso di incarichi presso più Aziende Sanitarie il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dalla ASL alla quale la presente è indirizzata.

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato:il mese di competenza, il numero degli iscritti ed i loro nominativi, la città e la sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla. Va sempre evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni essenziali.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

Il Segretario Generale AUPI
MARIO SELLINI

A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata in copia protocollata dall'Ente ad:
AUPI via Arenula 16 - 00186 ROMA
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191

FORM-AUPI

È nata la Federazione delle Società Scientifiche di Psicologia per costituire, salvaguardando l'autonomia e la specificità di ognuna, una esperienza comune in grado di riunire gli sforzi e di finalizzarli verso obiettivi concreti, quali la diffusione e l'informazione delle iniziative scientifiche all'interno e all'esterno della categoria,

STATUTO
Federazione Italiana delle Società Scientifiche di Psicologia
F. I. S. S. P.
Ente associativo non commerciale

Art. 1. È costituita con atto pubblico una Federazione delle Società Scientifiche Italiana di Psicologia - F.I.S.S.P, che s'intende duratura dalla data della sua costituzione sino al 31 dicembre 2050 e potrà essere prorogata. L'Associazione ha sede legale in Roma, alla via Arenula 16. Essa può dotarsi di altre sedi decentrate in tutta Italia.
Art. 2. *Omissis.*
Art. 3. La Federazione intende mettere e mantenere in contatto fra di loro ed essere un riferimento generale per tutte le Società Scientifiche di Psicologia, qualunque sia il loro campo di attività, la loro metodologia, le loro funzioni, i loro riferimenti teorici o pratici, ponendo la Psicologia nel contesto europeo e mondiale, ed avvalendosi parallelamente del contributo delle altre discipline biomediche, sociali, giuridiche ed economiche.
Gli scopi della F.I.S.S.P. sono:
a) promuovere nella società italiana la ricerca, la cultura e la pratica della Psicologia;
b) stimolare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici;
c) promuovere, implementare e finalizzare il contatto fra le Società scientifiche ed i loro associati su comuni temi di interesse scientifico e culturale;
d) divulgare le notizie riguardanti la ricerca psicologica attraverso appropriati strumenti di comunicazione;
e) segnalare agli Enti Pubblici e Privati, nonché ad Associazioni, i problemi connessi con la sfera delle attività delle società scientifiche e proporsi come sistematico interlocutore;
f) organizzare commissioni permanenti su: accreditamento, aggiornamento professionale, linee guida, etica, sperimentazioni e altro.
A tale scopo, la Federazione intratterrà rapporti costanti con le altre Federazioni, nazionali e sovranazionali, nonché con gli Istituti di formazione alla Psicologia, l'Università, e con gli Enti pubblici e privati. Con tali Associazioni, Istituti ed Enti la F.I.S.S.P. potrà stipulare convenzioni, avviando ogni utile collaborazione o assecondando quelle già avviate da altri; potrà inoltre svolgere attività ritenute utili al raggiungimento degli scopi.
La Federazione potrà dotarsi di ogni strumento ed organo di comunicazione interna fra le Società scientifiche ed esterna, organizzando convegni, seminari, e ricerche a livello nazionale ed internazionale, nonché favorendo la conoscenza tempestiva di tutte le iniziative utili a migliorare le conoscenze e le applicazioni della Psicologia. Lo scopo principale della Federazione è quello di stimolare, portare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici.
La Federazione non può svolgere attività diverse da quelle sopra indicate, ad eccezione di quelle ad essa strettamente connesse o di quelle accessorie a quelle statutarie, in quanto integrative delle stesse.

Ai sensi della vigente normativa sulla privacy, avvertiamo i colleghi che l'AUPI opera regolarmente il trattamento dei dati personali, da loro forniti, per i normali e legittimi fini associativi e sindacali: informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ricerca di nuove occupazioni ed opportunità professionali, e simili vantaggiosi obiettivi. Non forniamo mai a terzi i dati in nostro possesso, se non per il calcolo obbligatorio della rappresentatività e, in tal caso, li riduciamo in forma meramente quantitativa ed anonima. In particolare prendiamo sistematiche precauzioni perché non possano essere trafugati ed usati a scopi commerciali. In ogni caso, ogni collega ha il diritto di limitare od annullare in ogni momento ogni forma di trattamento di questi suoi dati personali, comunicando questa sua volontà alla sede nazionale.

È autorizzata la riproduzione totale o parziale dei testi contenuti in questa rivista, citando la fonte.

AUPI Notizie è aperto ai contributi di tutti gli iscritti; la responsabilità dei diversi articoli compete ai rispettivi autori.

SITO AUPI:
http://www.aupi.it
email: aupi.it@aupi.it

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di Dicembre 2013

Lo Staff Redazionale di AUPI Notizie

Direttore Responsabile
Mario Sellini

Capo Redattore
Rinaldo Perini

Vice Capo Redattore
Giovanni Cavadi

Redazione di AUPI Notizie
Sede Centrale AUPI
via Arenula 16
00186 ROMA

pubblicazione
informativa
no profit
Omologato
Posteitaliane