

XV legislatura

A.S. 1920:

"Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale. Deleghe al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, riorganizzazione degli enti vigilati, farmacie, riordino della normativa di settore"

Gennaio 2008
n. 67



servizio del bilancio
del Senato



Servizio del Bilancio

Direttore dott. Clemente Forte

tel. 3461

Segreteria

tel. 5790

Uffici

Documentazione degli effetti finanziari dei testi legislativi

dott.ssa Chiara Goretti

tel. 4487

Verifica della quantificazione degli oneri connessi a testi legislativi in materia di entrata

dott. Luca Rizzuto

tel. 3768

Verifica della quantificazione degli oneri connessi a testi legislativi in materia di spesa

dott. Renato Loiero

tel. 2424

Consigliere addetto al Servizio

dott. Stefano Moroni

tel. 3627

INDICE

PREMESSA	1
Capo I PRINCIPI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	2
<i>Articolo 1 (Principi e funzioni del Servizio sanitario nazionale).....</i>	<i>2</i>
<i>Articolo 2 (Programmazione sanitaria e intersettoriale).....</i>	<i>3</i>
<i>Articolo 3 (Sistema nazionale e regionale di valutazione del Servizio sanitario nazionale e interventi sostitutivi).....</i>	<i>4</i>
<i>Articolo 4 (Promozione dell'integrazione socio-sanitaria).....</i>	<i>6</i>
<i>Articolo 5 (Partecipazione dei cittadini).....</i>	<i>8</i>
<i>Articolo 6 (Delega al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale e definizione del ruolo delle farmacie).....</i>	<i>9</i>
Capo II DISPOSIZIONI IN MATERIA DI EFFICIENZA E FUNZIONALITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	12
<i>Articolo 7 (Organizzazione delle aziende).....</i>	<i>12</i>
<i>Articolo 8 (Direttori generali).....</i>	<i>12</i>
<i>Articolo 11 (Dipartimenti).....</i>	<i>14</i>
<i>Articolo 12 (Responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto).....</i>	<i>15</i>
<i>Articolo 13 (Incarichi di direzione di struttura complessa).....</i>	<i>16</i>
<i>Articolo 15 (Medici specializzandi).....</i>	<i>19</i>
<i>Articolo 16 (Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario)</i>	<i>21</i>
<i>Articolo 18 (Sicurezza delle cure).....</i>	<i>26</i>
<i>Articolo 19 (Responsabilità civile delle strutture e del personale sanitario)</i>	<i>29</i>
<i>Articolo 20 (Definizione stragiudiziale delle controversie).....</i>	<i>30</i>

PREMESSA

Il disegno di legge in esame, che costituisce un provvedimento collegato alla manovra finanziaria¹, contiene disposizioni che modificano ed integrano il decreto legislativo n. 502 del 1992 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge n. 421 del 1992"), con l'intento di adeguare gli strumenti di governo del sistema sanitario al quadro istituzionale delineato dalla riforma del titolo V della seconda parte della Costituzione.

La RT attribuisce aggravii di spesa unicamente agli articoli 6, 8 e 13, che concernono rispettivamente:

- una delega al Governo per la disciplina, fra l'altro, delle Unità di medicina di base e delle Unità di pediatria;
- la commissione per la selezione dei direttori generali;
- la commissione per la selezione dei direttori di struttura complessa.

La RT, peraltro non formulata secondo le indicazioni *standard* di cui alla direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 dicembre 2004, fornisce poi precisazioni riguardanti gli articoli 2, 3, 5, 16, 18, 19, 20, 21 e 22.

Di seguito si esaminano le sole disposizioni rilevanti per quanto di competenza.

¹ Cfr. Nota di aggiornamento al Documento di programmazione economica e finanziaria per gli anni 2008-2011, pag. 8.

Capo I

PRINCIPI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Articolo 1

(Principi e funzioni del Servizio sanitario nazionale)

L'articolo in esame sostituisce l'articolo 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992 ("Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza"). In particolare, il comma 6 stabilisce che i livelli essenziali di assistenza comprendono: a) l'assistenza sanitaria collettiva e la promozione della salute in ambiente di vita e di lavoro; b) l'assistenza primaria e sociosanitaria; c) l'assistenza ospedaliera; sulla base del comma 5, i LEA sono definiti coerentemente con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale e contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie necessarie alla loro erogazione.

La RT non prende in considerazione l'articolo.

Al riguardo, si sottolinea che la lettera b) del comma 6 appare ampliare l'ambito al quale si riferisce la legislazione vigente, che concerne l'assistenza distrettuale. Appare dunque opportuno un chiarimento sugli eventuali effetti finanziari collegati a tale modifica.

Articolo 2
(Programmazione sanitaria e intersettoriale)

L'articolo in esame, oltre ad estendere da tre a cinque anni la durata del Piano sanitario nazionale, prevede l'elaborazione, da parte del Ministro della salute, di concerto con i Ministri competenti per i diversi settori, di un atto programmatico denominato "Guadagnare salute", che definisce le strategie volte ad orientare le politiche e gli interventi non sanitari delle istituzioni pubbliche e private, nonché il monitoraggio e la verifica dei risultati conseguiti.

La RT precisa che il piano "Guadagnare salute" non sviluppa nuove attività, ma si caratterizza come metodologia e strumento di programmazione coordinata tra le azioni di differenti amministrazioni: si specifica altresì che le azioni delle singole amministrazioni sono finanziate nell'ambito dei bilanci delle stesse.

Al riguardo, non vi sono osservazioni, nel presupposto, da confermare, che i bilanci delle amministrazioni interessate siano tali da permettere concretamente l'attivazione senza maggiori oneri di quanto sopra descritto.

Articolo 3

(Sistema nazionale e regionale di valutazione del Servizio sanitario nazionale e interventi sostitutivi)

Il comma 1 dell'articolo in esame inserisce nel decreto legislativo n. 502 del 1992 un articolo aggiuntivo (1-*quater*) riguardante il Sistema nazionale di valutazione del Servizio sanitario nazionale e interventi sostitutivi, stabilendo che un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia, definisca le modalità di funzionamento di tale Sistema.

In particolare, il comma 1, capoverso 4, di tale articolo aggiuntivo, prevede che in caso di inottemperanza, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, a determinati adempimenti regionali, possano venire nominati commissari *ad acta*, con oneri a carico della regione interessata.

Il comma 2 del presente articolo inserisce poi, nell'articolo 2 del decreto legislativo n. 502 del 1992, i commi da 2-*nonies* a 2-*duodecies*. I primi due commi aggiuntivi prevedono e disciplinano la realizzazione di un sistema regionale di controllo e valutazione degli erogatori del Servizio sanitario che - nel rispetto del principio di coordinamento della finanza pubblica - verifichi di una serie di elementi, quali: la coerenza tra la documentazione sanitaria dei soggetti trattati e la remunerazione delle prestazioni erogate; l'appropriatezza delle prestazioni rese; la valutazione degli esiti delle prestazioni erogate. Il nuovo comma 2-*undecies* aumenta dal 2 al 5 per cento la quota minima delle cartelle cliniche che le regioni sono tenute a controllare analiticamente, per ciascun soggetto erogatore, al fine di

verificare l'appropriatezza delle prestazioni e contenere le spese per l'assistenza ospedaliera.

Il nuovo comma 2-*duodecies*, infine, stabilisce che, a partire dalla sua attivazione, il Sistema nazionale di valutazione del Servizio sanitario nazionale assorbirà le funzioni attualmente svolte dal SiVeAS².

La RT ribadisce che l'entrata in funzione del Sistema nazionale di valutazione assorbe le funzioni già esercitate dal SiVeAS ed afferma che lo stesso accade per la copertura dei relativi oneri.

La RT specifica inoltre che l'articolo 3, comma 1, capoverso 4 non comporta effetti finanziari per l'erario, in quanto gli oneri per l'eventuale nomina di un commissario *ad acta* sono a carico del bilancio della regione interessata, secondo lo schema già adottato per i piani di rientro.

Al riguardo, non vi sono osservazioni, nel presupposto che i maggiori controlli affidati alle regioni dalle disposizioni in esame possano essere espletati sulla base delle risorse disponibili ed in considerazione del fatto che i controlli stessi appaiono suscettibili di determinare un contenimento della spesa sanitaria.

² Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di cui alla legge finanziaria per il 2006, articolo 1, commi 288 e 289.

Articolo 4

(Promozione dell'integrazione socio-sanitaria)

Il comma 1 dell'articolo 4 contiene modifiche ed integrazioni del vigente articolo in materia di integrazione socio-sanitaria (articolo 3-*septies* del decreto legislativo n. 502 del 1992), finalizzate a favorire, con riferimento alle, un più stretto coordinamento tra la programmazione sociale effettuata dai comuni e quella sanitaria curata dalla AUSL.

In particolare:

- il nuovo comma 3 del citato articolo 3-*septies* non reca disposizioni innovative, riproducendo il contenuto dell'attuale comma 4 del medesimo articolo, in materia di prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria³;
- il nuovo comma 3-*bis* stabilisce che, per garantire l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie⁴, con atto di intesa con la Conferenza unificata vengano individuati gli elementi essenziali per promuovere l'accesso unitario ai servizi sociosanitari ed i criteri per il cofinanziamento di tali attività da parte delle aziende sanitarie locali e dei comuni;
- in base al nuovo comma 4, le regioni dovranno individuare soluzioni organizzative adeguate per garantire la presa a carico integrata delle esigenze

³ Esse attengono principalmente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, tossicodipendenza.

⁴ Ovvero le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

sociosanitarie e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

Il comma 2 dell'articolo in esame prevede che l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali supporti le regioni e gli enti locali ai fini dell'attuazione di quanto disposto dal nuovo comma 3-*bis* dell'articolo 3-*septies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

La RT non prende in considerazione l'articolo.

Al riguardo, appare opportuno un chiarimento in merito alla concreta possibilità che le disposizioni previste dall'articolo in esame possano essere svolte, come esplicitamente disposto dal comma 3, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. In particolare si fa riferimento:

a) all'individuazione dei criteri di cofinanziamento da parte di AUSL e comuni delle attività volte alla promozione dei servizi sociosanitari;

b) all'attribuzione alle regioni della definizione di soluzioni organizzative volte ad assicurare l'assistenza sociosanitaria, da attuare, entro il 31 dicembre 2008, sia attraverso il coordinamento tra i Piani delle attività territoriali e i Piani di zona, sia attraverso la verifica che l'eventuale coinvolgimento di soggetti erogatori privati venga realizzato con procedure coordinate tra loro.

Poiché in particolare le regioni già a legislazione vigente, in base all'articolo 8 della legge n. 328 del 2000⁵, esercitano funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali,

⁵ Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale, disciplinando altresì l'integrazione degli interventi stessi, sarebbe opportuno un chiarimento in merito alla tipologia ed all'entità dell'ampliamento dei compiti previsti dalla legislazione proposta.

Articolo 5

(Partecipazione dei cittadini)

L'articolo intende promuovere la partecipazione dei cittadini alla realizzazione del diritto alla salute, anche attraverso forme di valutazione civica.

La RT afferma che la consultazione delle organizzazioni di tutela dei diritti non comporta oneri per la finanza pubblica, in quanto non è prevista alcuna indennità per i soggetti consultati; ricorda poi che un'altra forma di partecipazione è quella legata all'*audit* civico, che trova copertura economica nell'ambito delle risorse stanziare dalle aziende per l'attività di controllo interno.

Al riguardo, si ricorda che l'*audit* civico, che il Tribunale per i diritti del malato ha avviato in via sperimentale a partire dal 2001, consiste in uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere e si rileva che il comma 3 stabilisce esplicitamente che alle attività previste dall'articolo in esame si provveda nell'ambito delle ordinarie risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a

legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Pertanto, non vi è nulla da osservare, atteso che la clausola di invarianza d'oneri può ritenersi sufficiente allo scopo nel caso di specie.

Articolo 6

(Delega al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale e definizione del ruolo delle farmacie)

Il comma 1 dell'articolo in esame conferisce una delega al Governo per la riorganizzazione della medicina di base e pediatrica mediante la costituzione dell'Area di medicina generale, che comprende i medici che offrono assistenza primaria, continuità assistenziale e medicina dei servizi, e, parallelamente, delle Unità di medicina generale e delle Unità di pediatria come strutture organizzative di almeno 15 medici per una platea di assistiti di almeno 15.000 persone. Si stabilisce che il decreto delegato provveda ad individuare le modalità operative di tali Unità, in modo che possano garantire l'assistenza ambulatoriale in tutti i giorni della settimana nell'arco delle dodici ore diurne, nonché l'assistenza domiciliare ininterrotta, diurna e notturna. Allo scopo, viene autorizzata una spesa nel limite massimo di 28,8 mln per l'anno 2008, 36,7 mln per l'anno 2009 e 191 mln a decorrere dall'anno 2010, a valere sul Fondo speciale di parte corrente, utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

Il comma 2 dell'articolo prevede poi una delega volta a definire il ruolo delle farmacie pubbliche e private nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

La RT afferma, testualmente, che "la stima degli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1 potrà essere effettuata sulla base di quanto stabilito nell'esercizio della delega".

In merito alla delega relativa alle farmacie, la RT ribadisce quanto si legge nel testo, ovvero che essa non dovrà comportare, in fase di attuazione, nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Al riguardo, si rileva che la RT non fornisce alcun dato o elemento volto a verificare, neanche indicativamente, la congruità dell'autorizzazione di spesa disposta dalla norma, con riferimento all'istituzione dell'Area di medicina generale e dell'organizzazione delle Unità di medicina generale e di pediatria. In particolare, il Governo potrebbe fornire una stima dei medici e pediatri necessari per assicurare la copertura dell'assistenza ambulatoriale prevista dalla disposizione in esame.

Pur trattandosi di un limite massimo, peraltro, va segnalato che tale tipologia di onere non appare conciliarsi con i diritti soggettivi che sono previsti dalla delega. A tale proposito occorre altresì precisare il senso di quanto asserito in RT laddove si precisa che: "la stima degli oneri potrà essere sviluppata in base a quanto stabilito nell'esercizio della delega". E' appena il caso di rammentare infatti che, in caso di oneri derivanti da disposizioni di delega, deve essere

questa stessa a indicare l'onere e la relativa copertura, a meno che, sulla base di numerosi precedenti, non si demandi la fissazione dell'onere ai decreti legislativi, nel limite delle risorse previamente destinate al riguardo.

Con riferimento, in particolare, alla delega riguardante le farmacie, si sottolinea che vengono previsti dei compiti che appaiono nuovi rispetto alla legislazione vigente: in particolare, si tratta di assicurare il supporto all'assistenza domiciliare integrata, di svolgere attività di educazione sanitaria e di effettuare analisi di laboratorio di prima istanza. Non appare inoltre chiaro se tali nuove attività si debbano configurare come facoltative, ovvero obbligatorie, visto che presumibilmente comporteranno degli oneri e che la norma prevede esplicitamente che non si determinino nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

In merito a quanto esposto appare pertanto opportuno acquisire chiarimenti.

Capo II
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI EFFICIENZA E
FUNZIONALITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Articolo 7
(Organizzazione delle aziende)

L'articolo prevede l'istituzione di un collegio di direzione quale organo aggiuntivo, rispetto alla legislazione vigente, delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

La RT sottolinea che la disposizione che individua il collegio di direzione quale organo dell'azienda sanitaria prevede che non vi sia alcun compenso né rimborso per i componenti del collegio stesso.

Al riguardo, alla luce di quanto previsto, non vi è nulla da osservare.

Articolo 8
(Direttori generali)

La norma modifica in alcune sue parti l'articolo 3-*bis* del decreto legislativo n. 502 del 1992, stabilendo una maggiore trasparenza nella procedura per la selezione e la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. Fra l'altro viene

istituita una commissione per la selezione dei direttori generali che dovrà fornire alla regione una terna di aspiranti.

La RT afferma che gli oneri relativi alla commissione sono stimati in base ai criteri determinati con il DPCM 23 marzo 1995. Tale decreto stabilisce in 258 euro il compenso del componente delle commissioni. Secondo la RT il compenso massimo spettante per ciascun componente è di 500 euro (comprensive anche di ulteriori possibili integrazioni previste dal citato DPCM). L'onere totale quindi viene determinato nella misura di 31.500 euro ricavato moltiplicando il numero complessivo delle commissioni (21) per il numero dei componenti (3) per il compenso massimo stabilito (500 euro).

Al riguardo, si evidenzia che l'onere determinato in RT presuppone un compenso annuo fisso non superiore a 500 euro a favore di ciascun componente le commissioni indipendentemente dal numero di procedure selettive che le stesse saranno chiamate ad affrontare. Sul punto si evidenzia che il citato DPCM 23 marzo 1995 nel determinare il compenso dei commissari specifica all'articolo 1 che tali somme sono corrisposte per ogni tipo di concorso.

Atteso che presso ciascuna regione esistono diverse aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere e che quindi diverse potrebbero essere le procedure di selezione dei direttori generali, al fine di escludere ulteriori oneri a carico della finanza pubblica andrebbe chiarito se i suddetti compensi siano corrisposti nella misura massima stabilita di 500 euro indipendentemente dal numero di procedure selettive che le commissioni saranno chiamate ad espletare.

Inoltre, anche alla luce delle suesposte osservazioni, andrebbe considerata l'opportunità, pur tenuto conto dell'esiguità dell'onere valutato, di inserire una apposita clausola di salvaguardia.

Articolo 11 ***(Dipartimenti)***

Il comma 1 sostituisce l'articolo 17-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ivi prevedendo una specifica disciplina per la nomina dei Direttori di dipartimento delle strutture del S.S.N., confermando tale articolazione organizzativa come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere⁶.

La RT non considera le norme in esame.

⁶ In particolare, nella nuova versione dell'articolo 17-*bis*, si stabilisce: al comma 1, che l'organizzazione dipartimentale è da considerarsi il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; al comma 2, che il direttore del dipartimento sia nominato dal direttore generale, sentito il comitato di dipartimento e il collegio di direzione, entro una terna di dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento e che il prescelto rimanga titolare della struttura complessa cui è preposto; al comma 3, che i dipartimenti delle attività ospedaliere siano da considerarsi di natura strutturale. Inoltre, è ivi previsto che il comitato di dipartimento individua la terna di cui al comma 2 e che le regioni disciplinino le competenze dei dipartimenti delle attività ospedaliere, territoriali, della prevenzione e le modalità di assegnazione e gestione delle risorse su base budgetaria. Infine, è stabilito che la preposizione ai dipartimenti strutturali comporti l'attribuzione sia di responsabilità clinica che di responsabilità gestionale e organizzativa in ordine alle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi di risultato. A tal fine, è confermato che il direttore del dipartimento predisponde annualmente il piano delle attività e di gestione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale; al comma 4, è previsto che le regioni disciplinano la composizione e le funzioni del comitato di dipartimento, garantendo che sia assicurata la parità tra membri di diritto e rappresentanti della dirigenza medica e sanitaria e delle professioni sanitarie eletti dal personale.

Al riguardo, tenuto conto del contenuto ordinamentale delle norme in esame, le quali non presentano innovazioni rilevanti per i profili di interesse, non vi è nulla da osservare.

Articolo 12

(Responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto)

Il comma 1 prevede che all'articolo 17-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sia aggiunto l'articolo 17-*ter*, recante norme in materia di responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto in materia di indirizzo e valutazione delle attività clinico-assistenziali e tecnico-sanitarie finalizzate a garantire che ogni assistito abbia accesso ai servizi secondo i principi di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate, nonché in merito alla appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività della struttura, di efficacia delle prestazioni in base alle evidenze scientifiche, di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini.

La RT non considera le norme in esame.

Al riguardo, tenuto conto del contenuto ordinamentale delle disposizioni integrative, non vi è nulla da osservare.

Articolo 13

(Incarichi di direzione di struttura complessa)

Il comma 1 provvede alla sostituzione dell'articolo 15-ter, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ivi stabilendo specifici criteri cui uniformare gli *iter* procedurali e la composizione delle commissioni di valutazione per l'affidamento degli incarichi, nonché prevedendo che la selezione debba essere adeguatamente motivata con l'obbligo per le aziende sanitarie locali di rendere noti, anche attraverso i propri siti *internet*, i *curricula* dei candidati selezionati⁷.

Il comma 2 prevede che agli oneri relativi alla commissione per la selezione dei direttori di struttura complessa di cui all'articolo 15-ter, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dal comma 1, valutati in 270.000 euro a decorrere dall'anno 2008, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 6, comma 1 della presente legge.

⁷ In particolare, si stabilisce che l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale e che il bando di selezione indica le competenze professionali e i requisiti curriculari richiesti in ragione della tipologia delle attività sanitarie da garantire come definite nella programmazione aziendale. E' previsto inoltre che la commissione per la selezione sia costituita da cinque componenti, di cui la funzione di presidente è svolta dal direttore del dipartimento presso il quale è vacante l'incarico, mentre i restanti quattro componenti sono scelti dal collegio di direzione, di cui uno interno all'azienda e tre nell'ambito di una rosa di otto direttori di struttura complessa appartenenti alla stessa disciplina individuati attraverso pubblico sorteggio tra il personale del Servizio sanitario nazionale iscritto negli elenchi della regione. Il sorteggio si estende agli elenchi di altre regioni qualora il numero degli iscritti all'elenco regionale sia inferiore a ventiquattro. La commissione opera secondo i criteri e le procedure previste dal regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484. Sulla base di tale valutazione, la commissione seleziona, compatibilmente con il numero dei partecipanti al bando, non più di tre candidati in possesso delle migliori caratteristiche curriculari con riferimento all'incarico da conferire. E' stabilito che qualora i candidati selezionati siano meno di tre, la procedura di selezione può essere ripetuta per una sola volta. So prevede I candidati selezionati sono sottoposti a un colloquio attitudinale effettuato in base a criteri fissati dalla regione, gestito dalla commissione e svolto alla presenza del direttore generale. Esperite tali procedure, il direttore generale individua il candidato cui conferire l'incarico con motivazione scritta. D'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono disciplinati parametri, criteri e modalità in base ai quali i direttori responsabili di struttura complessa sono valutati entro un anno dalla nomina».

Il comma 3 stabilisce che resta salvo quanto previsto dall'articolo 5 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, in materia di incarichi di direzione di struttura sanitaria, complessa o semplice, conferita ai professori e ricercatori universitari, di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

La RT riferisce che gli oneri relativi alla commissione per la selezione dei direttori di struttura complessa sono stimati in base ai criteri determinati con il citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 marzo 1995, recante "*Determinazione dei compensi da corrispondere ai componenti delle commissioni esaminatrici e al personale addetto alla sorveglianza di tutti i tipi di concorso indetti dalle pubbliche amministrazioni*".

In proposito, prosegue la RT, considerando un numero di cessazioni annue pari a 1.000 (in eccesso) e tenendo conto di un tasso di *turn over* pari al 2,7 per cento, si stima di realizzare 270 concorsi l'anno. Tali concorsi sono svolti, in base alla norma di cui all'articolo in esame, con una commissione integrata, rispetto alla sua composizione attuale, da n. 2 componenti.

Ne segue che, ipotizzando che – alla stregua di quanto stimato per i direttori generali – anch'essi ricevono il compenso massimo pari a 500 euro, l'onere per la nuova disciplina dei concorsi ammonterebbe a: $270 \times 2 \times 500 = 270.000$ euro annui, cui si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 6, comma 1.

Al riguardo, la stima appare corretta. È però opportuno chiarire la metodologia mediante cui si sono ottenute le previsioni indicate per le cessazioni in ragione annua, relativamente alla platea di medici responsabili di struttura complessa.

Circa la proiezione della percentuale di t.o. pari al 2,7 per cento, si segnala che il numero delle cessazioni riportate nel Conto Annuale 2006 elaborato dalla R.G.S., relativamente ai Dirigenti medici incaricati della direzione di strutture sanitarie complesse, è stato pari a 1.186 unità (di cui 1.174 relativamente a medici con rapporto esclusivo e n. 12 con rapporto non esclusivo) a fronte di 605 nel 2005, per cui ipotizzando un numero di commissioni pari a 379, l'onere ne risulterebbe quantificato in 379.000 euro annui. Per contro, sempre dalla consultazione dei dati relativi al medesimo Conto annuale, si evince anche che la percentuale di cessazioni medie annue per le A.S.L., relativamente al profilo di dirigente medico, è oscillata, nel 2006 tra l'1,6 e l'1,8 per cento (a fronte di una "forchetta" che va dal 2,94 al 4,88 segnata invece nel 2005): quindi, per una percentuale di t.o. più bassa di quella indicata nella RT. Circostanza, quest'ultima, che farebbe pertanto ritenere più che prudenziale l'aliquota del 2,7 per cento adottata nella quantificazione dell'onere⁸.

Inoltre, sotto il profilo metodologico contabile, pur considerando come prudenziale ("in eccesso", come riferito dalla RT) l'indicazione delle 1.000 cessazioni annue stimate per i dirigenti medici incaricati della direzione di struttura complessa, andrebbe comunque valutata l'opportunità di inserire un'apposita clausola di salvaguardia al fine di

⁸ Cfr. MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, Dipartimento della R.G.S., collegamento *Web* con il Sito internet recante i dati del Conto Annuale 2006.

assicurare la copertura finanziaria di eventuali oneri aggiuntivi che dovessero rivelarsi in eccedenza rispetto alla previsione in esame⁹.

Articolo 15
(Medici specializzandi)

Il comma 1 prevede che all'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il comma 1, siano aggiunti i seguenti commi: *a)* il comma 1-*bis*, dove è previsto che l'attività professionalizzante prevista dagli attuali ordinamenti didattici in misura non inferiore al settanta per cento dei crediti formativi complessivi si svolga, secondo le modalità disciplinate dall'articolo 38, comma 3, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, nelle strutture universitarie e del Servizio sanitario nazionale, ospedaliere ed extraospedaliere, costituenti la rete formativa individuata per ogni specializzazione nella area ove ha sede la scuola di specializzazione di concerto con l'Università e la regione interessata; *b)* il comma 1-*ter*, dove è stabilito che l'attività di cui al comma 1-*bis*, certificata dal tutore individuale in accordo con il direttore della unità operativa ove essa viene esercitata, costituisca requisito per l'ammissione alle prove in itinere e alla discussione della tesi di specializzazione; *c)* il comma 1-*quater*, laddove è stabilito che, al fine di favorire lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di

⁹ Sul punto, si rammenta che l'articolo 27 della legge 4 agosto 1978, n. 468, stabilisce che la previsione di oneri aggiuntivi di spesa a carico degli enti del settore pubblico debba essere accompagnata dalla indicazione delle risorse con cui farvi fronte a valere dei rispettivi bilanci.

specialista, la formazione di cui all'articolo 38, comma 3, del citato decreto legislativo n. 368 del 1999, dei medici - in regola con l'acquisizione dei crediti formativi previsti dall'ordinamento didattico - avvenga a partire dal penultimo anno di iscrizione alla scuola di specializzazione, fermi restando gli obblighi didattici all'interno delle unità operative, costituenti la rete formativa di cui al comma 3, in possesso dei rapporti più elevati, in termini quantitativi e qualitativi, delle attività proprie della disciplina, risultanti dall'anno precedente.

Il comma 2 prevede che la definizione dei criteri generali della rotazione fra le strutture provvede, nelle more del completamento dell'istituzione del sistema degli osservatori regionali, e comunque non oltre un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 43 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.

La RT non considera le norme in esame.

Al riguardo, pur considerando il tenore ordinamentale delle norme indicate al comma 1, volte a riformare la formazione dei medici specializzandi, andrebbero comunque acquisite rassicurazioni circa la neutralità dei riflessi che ne derivano, al comma 2, circa la temporanea competenza da parte dell'Osservatorio nazionale presso il Ministero della Salute per la definizione dei compiti di programmazione dei criteri generali di rotazione tra le strutture sanitarie.

In particolare, andrebbe confermato che ai nuovi compiti, comunque limitati al primo anno di entrata in vigore del provvedimento, il predetto Osservatorio provvederà esclusivamente

nei limiti delle risorse umane e strumentali già previste dalla legislazione vigente.

Articolo 16

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

Il comma 1 stabilisce che il comma 4 dell'articolo 15-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sia sostituito prevedendo che la direzione di struttura complessa comporti l'esclusività del rapporto di lavoro per la durata dell'incarico prevista dal contratto individuale. La direzione di struttura semplice non comporta l'esclusività del rapporto di lavoro per la durata dell'incarico previsto dal contratto individuale, salvo che per le strutture semplici dipartimentali con autonomia gestionale. Per gli altri incarichi dirigenziali, il nuovo testo consente, a domanda, al termine dell'impegno assunto con il contratto individuale, il transito dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo, e viceversa, con effetti giuridici ed economici che decorrono dal primo giorno del mese successivo. Resta fermo che i risparmi aziendali derivanti dal passaggio dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo concorrono al finanziamento delle spese complessive dell'indennità di esclusività e che per le restanti componenti accessorie si provvede nell'ambito dei fondi destinati alla contrattazione integrativa.

Il comma 2 stabilisce che le disposizioni di cui al comma 1 acquistino efficacia a decorrere dalla data di pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale, per gli incarichi assegnati

successivamente alla predetta data, e a decorrere dal rinnovo degli incarichi, per quelli attualmente in vigore alla medesima data.

Il comma 3 prevede che all'articolo 15-*quinquies*, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sia soppresso il primo periodo che stabilisce che l'incarico di direzione di struttura, semplice o complessa, implichi sempre il rapporto di lavoro esclusivo.

La RT segnala che la normativa vigente in materia, introdotta dal decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, innovando rispetto al precedente ordinamento che prevedeva il vincolo irreversibile di esclusività per i medici del S.S.N., oltre che per i nuovi assunti e per coloro che avessero optato per l'esercizio dell'attività intramuraria, anche per i direttori di struttura semplice e complessa, ha soppresso detto vincolo disponendo che: *a)* l'espletamento degli incarichi in parola non presupponesse l'esclusività del rapporto di lavoro; *b)* i dirigenti sanitari a rapporto esclusivo possono, a domanda, optare per il passaggio dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa.

Inoltre, secondo quanto affermato dalla Corte costituzionale, le predette norme attualmente in vigore consentono comunque alle regioni, in assenza di specifiche disposizioni adottate al riguardo, di disciplinare in maniera diversa la materia, venendo in rilievo sotto questo profilo le prerogative ad esse spettanti in merito alla determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute .

Pertanto, conclude la RT, pur sussistendo alcune differenze retributive tra i dirigenti sanitari ad oggi con rapporto di lavoro

esclusivo e quelli che hanno invece optato per la "non esclusività" - percependo, questi ultimi, la retribuzione di posizione minima contrattuale in misura ridotta, cui si aggiunge la retribuzione di posizione per parte "variabile" aziendale nella sola misura del 50 per cento, mentre non percepiscono affatto sia l'indennità di esclusività che la retribuzione di "risultato" - si può ritenere che il sistema contrattuale vigente, e le relative risorse, i cui fondi risultano esser stati definiti con riferimento agli istituti normativi in vigore al 2004, allorché era vigente l'obbligo di esclusività per gli incarichi di direzione, sia già oggi idoneo a garantire la copertura dell'ipotesi estrema che si prefigura per la modifica in esame: ossia, che tutti i dirigenti sanitari a capo di strutture complesse e semplici dotate di autonomia gestione, siano collocati in regime di esclusività¹⁰.

Al riguardo, riprendendo le osservazioni di analogo tenore già formulate a suo tempo in relazione all'A.S. 1598¹¹, si premette che la modifica in esame reintroduce il vincolo della esclusività al conferimento dell'incarico di direzione di strutture complesse e semplici (se dotate di autonomia) del S.S.N., non più previsto per effetto della modifica di cui all'articolo 2-*septies* del decreto-legge del

¹⁰ A ciò la RT aggiunge le seguenti considerazioni: *a)* che l'indennità di esclusività è stata introdotta solo con il Contratto collettivo nazionale dell'8 giugno 2000, II biennio economico, sulla base dell'ordinamento all'epoca vigente che imponeva anche ai dirigenti di struttura semplice e complessa l'esclusività. Il successivo Contratto collettivo nazionale del 3 novembre 2005 avrebbe mantenuto fermi gli importi già previsti dal precedente contratto, stabilendo, in relazione al nuovo regime di reversibilità dell'opzione, che in caso di passaggio dal rapporto esclusivo a quello "non esclusivo" cessasse di essere corrisposta tale indennità, la quale costituisce pertanto risparmio aziendale; *b)* le retribuzioni di posizione e di risultato vengono finanziate attraverso i fondi della contrattazione integrativa che alimentano anche voci retributive variabili (e quindi, per loro natura, comprimibili), quali la stessa retribuzione di risultato e la retribuzione di posizione variabile aziendale. Peraltro negli stessi fondi confluiscono anche i risparmi sulle predette voci retributive, connessi al passaggio dal rapporto esclusivo a quello "non esclusivo".

¹¹ Nota di Lettura n. 43, pagina 10 e seguenti.

29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138¹².

Per i profili di copertura si osserva che la reintroduzione del suddetto vincolo ai fini del conferimento degli incarichi di direzione di strutture del S.S.N. determina l'automatico riconoscimento di un'apposita indennità, influenzando, altresì, sulla misura della retribuzione di "posizione" minima da riconoscere del dirigente medico incaricato¹³.

Va quindi considerato che le risorse "permanenti" nell'ambito del "sistema contrattuale" vigente, riferibile all'ambito delle risorse previste dalla contrattazione 2002/2003 - e, dunque, quantificate con riferimento ad un periodo antecedente alla modifica di cui al decreto-legge del 29 marzo 2004, allorché l'opzione per il regime di "esclusività" era invece prevista quale "irreversibile" ed indispensabile per l'assegnazione degli incarichi di direzione di tutte le strutture (sia semplici che complesse) - già dovrebbero preconstituire la copertura finanziaria per gli indicati istituti economici connessi alla esclusività. Appaiono condivisibili, pertanto, in linea di principio, le considerazioni formulate dalla RT circa la sostanziale neutralità della nuova formulazione in esame dell'articolo 15-*quater*, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502¹⁴ ¹⁵.

¹² L'articolo fu aggiunto in Assemblea al Senato con l'approvazione di un emendamento (2.0.104) su cui la 5ª Commissione aveva espresso parere favorevole. Cfr. SENATO DELLA REPUBBLICA, *Giunte e Commissioni parlamentari*, 5 maggio 2004.

¹³ Ai sensi dell'articolo 33, comma 2 del C.C.N.L. Area IV 2002/2005, biennio economico 2002/2003, il riconoscimento di un'apposita indennità di esclusività rientra tra le componenti "accessorie" della retribuzione del Dirigente-Medico. Inoltre, il regime di esclusività influisce anche sulla misura della retribuzione di "posizione" minima del Dirigente, per parte fissa, che costituisce, invece, una componente del trattamento economico cd. "fondamentale", determinando anche effetti sulla retribuzione di posizione "aziendale", anch'essa da computare tra le componenti "accessorie" della retribuzione del Dirigente - medico.

¹⁴ In proposito, si segnala che prima della modifica di cui al citato decreto-legge n. 29marzo 2004, tutti gli incarichi di direzione di strutture, semplici e complesse, implicavano un regime di esclusività del

Inoltre, in relazione al terzo periodo del comma sostituito andrebbe chiarito se l'espressa previsione dell'obbligo di corresponsione della indennità di esclusività, già dal primo giorno del mese successivo alla formalizzazione dell'opzione per tale regime - che la norma consente al termine dell'impegno assunto con il contratto individuale -, non sia suscettibile di per sé di determinare effetti aggiuntivi di spesa per le A.S.L., al momento non previsti¹⁶.

In merito al quarto periodo del comma, circa l'affermata possibilità di far confluire, nell'ambito dei "risparmi aziendali" degli enti del S.S.N., le risorse comunque derivanti da risparmi correlati alla mancata corresponsione delle indennità di esclusività, nei casi di opzione dei medici del S.S.N per il rapporto "non esclusivo", andrebbero comunque fornite assicurazioni circa l'idoneità del dispositivo ad assicurare comunque un adeguato finanziamento degli altri istituti contrattuali, a fronte del vincolo previsto dal primo periodo della norma, che prevede, invece, l'obbligo di esclusività per tutti di dirigenti di strutture complesse e semplici dotate di autonomia¹⁷.

Dirigente medico, mentre, con riferimento alle strutture semplici, la modifica in esame impone il requisito dell'esclusività del rapporto di lavoro per le sole strutture semplici dotate di autonomia. Risultando, di fatto, meno ampia la platea degli interessati alla corresponsione delle previste indennità rispetto al regime previgente. In linea di massima, appare nondimeno corretto il dato fornito dalla RT in ordine alla attuale platea dei Dirigenti medici interessati dalla misura, che vedrebbe, allo stato attuale, il 98 per cento dei Dirigenti -Medici ad oggi titolari di incarichi di direzione di strutture semplici e complesse, già ad oggi con vincolo di esclusività con il S.S.N..

¹⁵ In proposito, nel corso dell'esame in 5^a commissione dell'A.S. 1598, il rappresentante del Governo confermava la sostanziale neutralità della norma in materia di esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario, confermando che il sistema contrattuale vigente dovrebbe risultare idoneo a garantire la necessaria flessibilità nell'impiego delle risorse complessivamente disponibili nei fondi per la contrattazione integrativa, che finanziano anche le predette componenti retributive (indennità di esclusività). Cfr. SENATO DELLA REPUBBLICA, *Giunte e Commissioni parlamentari* del 10 luglio 2007, pag.. 116.

¹⁶ In tal senso si esprimeva anche la perplessità del Relatore in 5^a Commissione, nel corso dell'esame dell'A.S. 1598. *ibidem*.

¹⁷ In merito, nel corso dell'esame in 5^a Commissione dell'A.S. 1598, nonostante le assicurazioni fornite dal rappresentante del Governo, il Relatore formulava una richiesta di elementi informativi aggiuntivi, dal momento che appariva, nel complesso, assai arduo valutare gli effetti finanziari del dispositivo in esame. Nella seduta successiva, in assenza di dati utili a confermare l'assenza di oneri aggiuntivi, la

Nel complesso degli effetti prevedibili il dispositivo fa sì che, d'ora innanzi, il numero delle indennità di esclusività da riconoscersi risulterà comunque "almeno" pari agli incarichi direttivi previsti per tutte le strutture, complesse e semplici (se dotate di autonomia) degli enti del S.S.N.¹⁸.

Con riferimento al comma 3, nulla da osservare, trattandosi di modifica coerente con i nuovi requisiti di assegnazione degli incarichi di direzione di struttura complessa e semplice (se dotata di autonomia) del S.S.N. stabiliti dal comma 1.

Articolo 18 ***(Sicurezza delle cure)***

Il comma 1 dell'articolo stabilisce che le regioni e le province autonome assicurano le condizioni per l'adozione, presso le strutture pubbliche e private accreditate del Servizio sanitario nazionale, di un sistema per la gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti, incluso il rischio di infezioni nosocomiali; viene specificato che dev'essere prevista, nell'ambito delle disponibilità delle risorse aziendali, l'organizzazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata a tale fine.

Commissione deliberava parere contrario sull'articolo. Cfr. SENATO DELLA REPUBBLICA, *Giunte e Commissioni parlamentari* del 10 luglio 2007, pag. 116, e 11 luglio 2007, pag. 174.

¹⁸ Circa il numero dei dirigenti-medici attualmente incaricati della direzione di strutture del S.S.N., la RT riferisce che, secondo i dati del Conto Annuale del Personale 2005, il 98 per cento dei medici incaricati risulterebbe già contraddistinto da un rapporto di esclusività con il S.S.N.. Tale dato appare coerente con quello generale indicato dalla relazione conclusiva dell'indagine conoscitiva condotta dalla XII Commissione (Igiene e Sanità), laddove, con riferimento all'intera platea dei Dirigenti medici, la percentuale di quelli con rapporto esclusivo con il S.S.N. è indicata intorno al 95 per cento. Cfr. SENATO DELLA REPUBBLICA, Documento approvato dalla 12^a Commissione permanente nella seduta del 18 aprile 2007, Doc. XVII, n. 4 della XV Legislatura, pagina 10.

Il comma 2 prevede l'organizzazione del servizio di ingegneria clinica, volto a garantire l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici costituiti da apparecchi ed impianti.

Il comma 3 afferma che l'attuazione delle disposizioni di cui ai due commi precedenti deve avvenire nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali complessivamente disponibili a legislazione vigente presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale interessati.

La RT afferma che tali funzioni risultano già concretamente attivate in alcune realtà e che comunque esse sono riconducibili al più generale sistema di gestione dei rischi previsto dalla normativa contrattuale vigente e rientrano nelle competenze istituzionali delle Regioni in materia di organizzazione dei servizi sanitari per il concreto esercizio, in condizioni di sicurezza, delle attività connesse alla tutela della salute; si tratterebbe quindi, sostanzialmente, di una esplicitazione, che non comporta, in quanto tale, oneri finanziari rispetto alla legislazione vigente.

Al riguardo, si sottolinea quanto già osservato in relazione ad un precedente provvedimento di analogo tenore¹⁹: e cioè che non appare scontato che gli enti di riferimento che non vi abbiano già provveduto possano rendere concrete le funzioni sopra indicate con le risorse disponibili a legislazione vigente.

¹⁹ Cfr. Nota di lettura n. 46, relativa all'A.S. 1598, "Disposizioni in materia di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico, nonché di attività libero-professionale e di esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale".

La gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti presuppone infatti, a titolo di esempio, la messa a punto di procedure volte, da un lato, a prevenire gli eventi avversi e, dall'altro, a intervenire velocemente qualora essi si siano verificati; essa richiede, verosimilmente, anche investimenti nell'ambito della formazione, al fine di fornire adeguati strumenti e competenze ai vari soggetti interessati. Giova in proposito sottolineare che l'efficacia del c.d. *risk management* risulta strettamente legata alla responsabilizzazione di quanti sono coinvolti nel processo.

L'organizzazione del servizio di ingegneria clinica presuppone verosimilmente l'attivazione di una serie di controlli, come i collaudi, nonché procedure di manutenzione preventiva e correttiva, con modalità più sistematiche ed incisive di quanto avvenga al momento. In particolare si rileva che la stessa relazione illustrativa sottolinea che le trasformazioni edilizie e impiantistiche, frequentemente e inevitabilmente necessarie in ambito ospedaliero, richiedono la capacità di seguire le fasi di progetto e di gestione in maniera integrata, il che richiede la presenza, all'interno delle aziende sanitarie, di adeguate competenze durante tutto il ciclo di vita delle strutture di volta in volta interessate²⁰.

²⁰ In occasione della discussione ai fini del parere sul citato A.S. 1598, il rappresentante del Governo si è limitato a ribadire che le regioni e le province autonome risultano già tenute a garantire la funzionalità dei servizi in parola. (cfr. SENATO DELLA REPUBBLICA, *Giunte e Commissioni parlamentari*, 10 luglio 2007, pag. 115).

Articolo 19

(Responsabilità civile delle strutture e del personale sanitario)

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

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

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

La RT riferisce che le norme in esame sono compatibili con le disponibilità finanziarie delle strutture sanitarie pubbliche a legislazione vigente, e quindi senza maggiori costi, dal momento che la possibilità di prevedere forme di garanzia alternative ed equivalenti alla copertura assicurativa, è già prevista a livello contrattuale, per i rischi derivanti da responsabilità per danni alle persone.

Al riguardo, per i profili di copertura, tenuto conto la previsione di forme di garanzia, alternative ed equivalenti, alla copertura assicurativa è già prevista a livello contrattuale²¹, per i rischi derivanti da responsabilità per danni alle persone, nulla da osservare.

Articolo 20

(Definizione stragiudiziale delle controversie)

La norma prevede che le regioni e le province autonome adottino misure organizzative presso le aziende sanitarie finalizzate alla definizione stragiudiziale delle vertenze relative ai danni derivanti da prestazioni fornite da operatori del Servizio sanitario nazionale e che verifichino annualmente, con riferimento agli ultimi tre esercizi, il conseguimento dell'obiettivo di contenimento della spesa.

La RT afferma che la disposizione non comporta maggiori oneri atteso che vi si provvede nei limiti delle risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili e, quindi, attraverso rimodulazioni organizzative che garantiscano l'invarianza complessiva della spesa aziendale. Inoltre, secondo la RT, la norma contiene in sé la potenzialità di ridurre i costi derivanti dalla gestione del contenzioso in ambito sanitario, che tende ad aumentare costantemente.

²¹ In particolare, si segnalano le disposizioni contenute nell'articolo 21 del CCNL (parte normativa) quadriennio 2002/2005 per la dirigenza (sanitaria e non) dell'Area III e gli articoli 25-26 del CCNI del personale del S.S.N. siglato il 7 aprile 1999.

Al riguardo, pur considerando che la definizione stragiudiziale delle controversie in esame possa determinare una possibile riduzione dei costi connessi alla gestione del contenzioso per via giudiziaria di per sé problematico per l'incertezza dei tempi e dei costi, si segnala che la prospettata riorganizzazione aziendale e l'ampliamento del ricorso alla definizione stragiudiziale delle controversie potenzialmente sono suscettibili di produrre oneri aggiuntivi. Sul punto occorre acquisire la conferma circa la capacità di gestire tali misure con le risorse previste a legislazione vigente²².

²² Nel corso dell'iter parlamentare dell'AS 1598, concernente "disposizioni in materia di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico, nonché di attività libero - professionale intramuraria e di esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale", relativamente ad una analoga norma, il rappresentate del Governo ha confermato la previsione di operare nell'ambito delle risorse disponibili consentendo alle strutture sanitarie un'organizzazione interna finalizzata anche alla definizione stragiudiziale delle controversie, in un'ottica di riduzione dei costi connessi al contenzioso sanitario. SENATO DELLA REPUBBLICA, *Giunte e Commissioni parlamentari*, 10 luglio 2007, pag. 115.

Il testo del presente dossier è disponibile in formato elettronico
per gli utenti intranet del Senato alla url
<http://www.senato.intranet/intranet/bilancio/home.htm>

Senato della Repubblica
www.Senato.it