

XV legislatura

**A.S. 1598:**

**"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"**

Luglio 2007  
n. 46



servizio del bilancio  
del Senato



## Servizio del Bilancio

**Direttore** dott. Clemente Forte

tel. 3461

## Segreteria

sig.ra Angela Stati

sig.ra Olimpia Piscitelli

dott.ssa Carla Di Falco

dott.ssa Nadia Clementi

dott.ssa Valeria Bevilacqua

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

### **Segretari parlamentari**

dott.ssa Anna Elisabetta Costa

dott.ssa Alessandra Di Giovambattista

sig. Cristiano Lenzini

dott. Vincenzo Bocchetti

dott. Maurizio Sole

## Indice

<b>Articolo 1</b> ( <i>Sicurezza delle cure</i> ).....	1
<b>Articolo 2</b> ( <i>Responsabilità civile delle strutture e del personale sanitario</i> )	3
<b>Articolo 3</b> ( <i>Definizione stragiudiziale delle controversie</i> ).....	4
<b>Articolo 4</b> ( <i>Attività libero-professionale intramuraria</i> ).....	5
<b>Articolo 5</b> ( <i>Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario</i> ) .....	7

## **Articolo 1**

*(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.

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 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.

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, quali 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 interessate.

In relazione alle considerazioni formulate appare opportuno acquisire chiarimenti da parte del Governo sul fatto che le attività richieste a regioni e province autonome non richiedano nuovi oneri da parte di tali enti, con copertura a carico dello Stato, sulla base dell'art. 27 della legge n. 468 del 1978.

## **Articolo 2**

*(Responsabilità civile delle strutture e del personale sanitario)*

Il comma 1 afferma che la responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario medico e non medico, ivi compresa la dirigenza, avvenuti nelle strutture pubbliche o private accreditate è posta anche a carico delle strutture stesse; il comma 2 specifica che la responsabilità in parola riguarda anche le prestazioni relative alle attività libero-professionali intramurarie.

La relazione illustrativa parla dell'introduzione di detta responsabilità civile, collegandola alla "garanzia di qualità", ovvero alla costruzione di rigidi percorsi terapeutici, con la finalità di azzerare i rischi derivanti dalla pratica clinica.

Il comma 3, infine, prevede la possibilità che, per far fronte ai rischi derivanti dalla responsabilità a carico delle strutture sanitarie pubbliche, in alternativa alla copertura assicurativa, siano istituite forme di garanzia equivalenti, purché esse non comportino maggiori oneri.

**La RT** prende in considerazione l'articolo in esame unicamente con riferimento al comma 3, ribadendo che esso non comporta maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, in quanto le eventuali forme di garanzia alternative ed equivalenti alla copertura assicurativa, già prevista a livello contrattuale, sarebbero coperte a valere sulle disponibilità delle strutture pubbliche.

**Al riguardo**, andrebbe appurato se l'esplicitazione dell'esistenza della responsabilità civile anche a carico delle strutture del Servizio sanitario nazionale, anche con riferimento alle prestazioni relative ad attività libero-professionali intramurarie, possa determinare un'estensione delle responsabilità rispetto a quanto previsto dalla legislazione vigente, determinando quindi la possibilità del verificarsi di un maggior onere a carico delle strutture, con le conseguenti necessità di quantificazione e soprattutto di copertura a carico dello Stato.

Con riferimento al comma 3, non vi sono osservazioni, per quanto di competenza, in quanto appare plausibile che le eventuali forme di garanzia alternativa rispetto alla copertura assicurativa possano essere attivate con le risorse disponibili.

### **Articolo 3**

*(Definizione stragiudiziale delle controversie)*

L'articolo prevede che le regioni e le province autonome adottino misure organizzative volte alla definizione stragiudiziale del

contenzioso relativo ai danni derivanti da prestazioni fornite da operatori del Servizio sanitario nazionale e che verifichino annualmente, con riferimento agli ultimi tre anni, il conseguimento dell'obiettivo di contenimento della spesa.

**La RT** afferma che le disposizioni in oggetto contengono in sé la potenzialità di ridurre i costi derivanti dalla gestione del contenzioso in ambito sanitario, che tende ad aumentare costantemente.

**Al riguardo**, non vi sono osservazioni per quanto di competenza, anche in considerazione del fatto che la gestione del contenzioso per via giudiziaria presenta il problema dell'incertezza del tempo e del costo, che non sono preventivabili anticipatamente e che nel corso degli ultimi anni sono state affinate diverse tecniche di gestione del conflitto alternative al ricorso al giudice.

#### **Articolo 4**

*(Attività libero-professionale intramuraria)*

Il comma 1 prevede che le regioni e le province autonome adottino - entro il 31 luglio 2008 - le iniziative necessarie ai fini di assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia necessari per garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

Il comma 2 stabilisce che, nel frattempo, continuino ad applicarsi i provvedimenti già adottati (sostanzialmente, si permette

che l'attività *intramoenia* possa essere svolta - secondo le condizioni ed i limiti previsti dalla normativa vigente<sup>1</sup> - negli studi privati dei professionisti) e che si individuino ulteriori misure volte a garantire il passaggio al "regime ordinario" dell'attività libero-professionale intramuraria.

Il comma 3 prevede la facoltà, per le regioni e le province autonome, di acquisire spazi ambulatoriali esterni (attraverso acquisto, locazione o convenzioni e nell'ambito delle risorse disponibili), individuando una serie di modalità da rispettare ai fini della gestione degli spazi eventualmente acquisiti.

**La RT**, dopo aver chiarito che l'articolo è volto a ribadire l'obbligo a carico dei direttori generali delle aziende sanitarie di completare gli interventi di ristrutturazione edilizia per assicurare lo svolgimento dell'attività intramuraria all'interno delle strutture pubbliche, afferma - con riferimento al comma 1 - che il finanziamento predisposto ai sensi del decreto del Ministro della sanità 8 giugno 2001<sup>2</sup>, pari a 826 mln, non è stato interamente assegnato: residuano infatti circa 321 mln, ai quali possono aggiungersi ulteriori quote che le Regioni hanno la facoltà di vincolare alla finalità in oggetto.

Con riferimento alla facoltà, prevista dal comma 3, di acquisire spazi ambulatoriali esterni attraverso acquisto, locazione o convenzioni, **la RT** specifica che tale disposizione risulta neutrale sotto il profilo finanziario, in considerazione della espressa previsione

---

<sup>1</sup> Ovvero, sulla base dell'articolo 15-*quinquies*, comma 10, del D.Lgs. n. 502 del 1992, in caso di carenza di strutture e spazi idonei all'interno delle aziende sanitarie; tale facoltà è prevista dalla medesima disposizione fino al 31 luglio 2007.

<sup>2</sup> Ripartizione delle risorse finanziarie destinate alla realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività libero-professionale intramuraria, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254.

che il tariffario da determinare in accordo con i professionisti sia tale da garantire la copertura integrale dei costi connessi direttamente e indirettamente alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, compresi quelli derivanti dalle attività di prenotazione delle prestazioni e di riscossione delle parcelle.

**Al riguardo**, in relazione agli interventi di ristrutturazione edilizia, si chiedono rassicurazioni da parte del Governo in merito alla circostanza, riferita in RT, che le risorse stanziata e non interamente utilizzate citate nella RT risultino tuttora utilizzabili; sarebbe inoltre opportuno conoscere la distribuzione per regione di tali risorse non utilizzate, al fine di riscontrare che esse siano disponibili laddove sono effettivamente necessari gli interventi in oggetto.

Con riferimento alle modalità di gestione della fase intermedia intercorrente tra il 31 luglio 2007 e il 31 luglio 2008, non si riscontrano profili problematici dal punto di vista finanziario, in quanto l'acquisizione di ulteriori spazi é esplicitamente subordinata alla disponibilità di risorse<sup>3</sup>.

## **Articolo 5**

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

Il comma 1 sostituisce il comma 4 dell'articolo 15-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stabilendo che la

---

<sup>3</sup> Per quanto riguarda i criteri indicati per la gestione degli spazi eventualmente acquisiti, finalizzati a garantire la neutralità finanziaria della gestione stessa, si segnala che, in base alle rilevazioni dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, i costi sostenuti dalle aziende rappresentano mediamente, a livello nazionale, circa il 12 per cento dei ricavi complessivi, con una varianza non indifferente. Cfr. ASSR: *Dati di sintesi sulla libera professione intramoenia*, settembre 2006.

direzione di strutture complesse del S.S.N. da parte dei dirigenti del ruolo sanitario comporti sempre il vincolo di esclusività del rapporto di lavoro per l'intera durata dell'incarico prevista dal contratto individuale, estendendo tale vincolo, per la direzione di strutture "semplici", alle sole strutture con autonomia gestionale. E' inoltre previsto che, per i medesimi incarichi dirigenziali del S.S.N., sia consentito, a domanda, alla scadenza del 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, prevedendosi che i risparmi aziendali derivanti dal passaggio dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo concorrano al finanziamento delle spese complessive dell'indennità di esclusività, mentre, per le restanti componenti accessorie, si provveda nell'ambito dei fondi destinati alla contrattazione integrativa.

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<sup>4</sup>, 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<sup>5</sup>.

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

---

<sup>4</sup> CORTE COSTITUZIONALE, Sentenza n. 181/2006.

<sup>5</sup> Tale è stata la scelta delle regioni Toscana, Umbria ed Emilia-Romagna: le prime due hanno infatti previsto espressamente il vincolo di esclusività per gli incarichi di struttura semplice e complessa, mentre l'Emilia-Romagna ha introdotto il criterio della scelta preferenziale nell'attribuzione di detti incarichi per coloro che siano in rapporto esclusivo.

dirigenti sanitari a capo di strutture complesse e semplici dotate di autonomia gestione, siano collocati in regime di esclusività<sup>6</sup>.

**Al riguardo**, 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 D.L. 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138<sup>7</sup>.

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 incaricato<sup>8</sup>.

Va inoltre considerato che le risorse "permanenti" nell'ambito del "sistema contrattuale" vigente, riferibile all'ambito delle risorse

---

<sup>6</sup> 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".

<sup>7</sup> L'articolo fu aggiunto in Aula al Senato con l'approvazione di un emendamento (2.0.104) su cui la V Commissione aveva espresso parere favorevole, sebbene, nel corso dell'esame dell'emendamento, fossero state sollevate perplessità in ordine anche ad ipotizzabili effetti di maggiori oneri derivanti dalla possibilità che la reversibilità dell'opzione di esclusività/non esclusività avrebbe determinato in termini di maggiori fabbisogni di personale e di mancato introito dei proventi dell'attività intramuraria, a fronte del beneficio certo del mancato riconoscimento della indennità di "esclusiva" ai medici interessati dalla opzione. Cfr. SENATO DELLA REPUBBLICA, *Giunte e Commissioni parlamentari*, 5 maggio 2004.

<sup>8</sup> 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.

previste dalla contrattazione 2002/2003 - e, dunque, quantificate con riferimento ad un periodo antecedente alla modifica di cui al D.L. 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 preconstituiscono la copertura finanziaria per gli indicati istituti economici connessi alla esclusività. Si condividono pertanto 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. 502<sup>9</sup>.

Tuttavia, con riferimento al terzo periodo del comma in esame, in merito all'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 rassicurazioni 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 indicata al primo periodo, che prevede l'obbligo di esclusività per tutti di dirigenti di strutture complesse e semplici dotate di autonomia.

Ciò significa infatti che, d'ora innanzi, il numero delle indennità di esclusività da riconoscersi risulteranno in numero almeno pari agli

---

<sup>9</sup> In proposito, si segnala che prima della modifica di cui al citato D.L. 29 marzo 2004, tutti gli incarichi di direzione di strutture, semplici e complesse, implicava un regime di esclusività del 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..

incarichi direttivi previsti per tutte le strutture, complesse e semplici (se dotate di autonomia) degli enti del S.S.N.<sup>10</sup>.

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.

---

<sup>10</sup> 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<sup>a</sup> Commissione permanente nella seduta del 18 aprile 2007, Doc. XVII, n. 4 della XV Legislatura, pagina 10.

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