

All'articolo 1, dopo il comma 332, sono inseriti i seguenti:

“332-*bis*. La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente.

332-*ter*. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 332-*bis*, ai fini di cui all'articolo 3-*bis* del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*), per l'esercizio dei seguenti compiti:

a) attivazione dei percorsi di *audit* o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Ai verbali e agli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, espletata in occasione del verificarsi di un evento avverso, si applica l'articolo 220 delle disposizioni di attuazione del codice di procedura penale;

b) rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;

c) predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;

d) assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipula di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

332-*quater*. L'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in Igiene, Epidemiologia e Sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

332-*quinquies*. La struttura sanitaria, pubblica o privata, che nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

332-*sexies*. La disposizione di cui al comma 332-*quinquies* si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina.

332-*septies*. L'esercente la professione sanitaria, nello svolgimento della propria attività, si attiene, fatte salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida adottate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco, istituito con decreto del Ministro della salute.

332-*octies*. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 332-*quinquies* e *sexies* risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile.

332-*nonies*. Chi intende esercitare in giudizio un'azione tesa ad ottenere il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente.



332-decies. La presentazione del ricorso di cui al comma *332-nonies* costituisce condizione di procedibilità della domanda. In tali casi non trova applicazione l'articolo 5, comma *1-bis*, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, né l'articolo 3 del decreto-legge 12 settembre 2014 n. 132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice, ove rilevi che il procedimento di cui all'articolo *696-bis* del codice di procedura civile non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva ovvero di completamento del procedimento.

332-undecies. Ove la conciliazione non riesca, o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma *332-nonies*, il ricorso di cui all'articolo *702-bis* del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti e si applicano gli articoli *702-bis* e seguenti del codice di procedura civile.

332-duodecies. La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo di cui ai commi dal *332-nonies* al *332-undecies* è obbligatoria per tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici. La mancata partecipazione obbliga il giudice a condannare, con il provvedimento che definisce il giudizio, le parti che non hanno partecipato al pagamento delle spese di consulenza e di lite, a prescindere dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

332-terdecies. L'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

332-quaterdecies. Se il danneggiato, nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria, non ha convenuto anche l'esercente la professione sanitaria, la struttura sanitaria può esercitare l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale. In ogni caso, l'azione di rivalsa deve essere esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto risarcimento.

332-quinquiesdecies. La struttura sanitaria ha l'obbligo di dare comunicazione all'esercente la professione sanitaria dell'instaurazione del giudizio risarcitorio mediante notifica dell'atto di citazione. Tale comunicazione deve contenere l'avviso che la sentenza di condanna che ne abbia definitivamente accertato la responsabilità per dolo o colpa grave farà stato nei confronti del professionista nel giudizio di rivalsa.

334-sexiesdecies. L'omissione o la incompletezza della comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa. In tal caso, la struttura sarà direttamente responsabile nel giudizio di responsabilità amministrativa instaurato dalla Corte dei conti.

332-septiesdecies. Se l'esercente la professione sanitaria è stato riconosciuto responsabile del fatto illecito, con sentenza passata in giudicato, senza che il giudice abbia accertato il grado della colpa, il giudizio di rivalsa dovrà comunque avere ad oggetto anche l'autonomo accertamento del grado della colpa.

332-octiesdecies. La struttura sanitaria esercita azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria nella misura massima di un quinto della retribuzione mensile. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione pronunciata nel giudizio di rivalsa, l'esercente la

professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, non può avere assegnazione di incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.

332-noviesdecies. Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dal materiale probatorio acquisito nel giudizio instaurato dal paziente nei confronti della struttura sanitaria.

332-vicies. L'esercizio dell'azione erariale da parte della procura presso la Corte dei conti rende improcedibile la domanda di rivalsa in sede civile della struttura sanitaria pubblica.

332-unvicies. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la valutazione di problemi tecnici complessi, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico legale e a uno specialista che abbia specifica e pratica conoscenza nella disciplina oggetto del giudizio.

332-duovicies. Negli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni di attuazione del codice di procedura civile di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione del codice di procedura penale di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere indicate e documentate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina. In sede di revisione degli albi è indicata, relativamente a ciascuno degli esperti di cui al periodo precedente, l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero degli incarichi conferiti e di quelli revocati.

332-tervicies. Gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione del codice di procedura penale di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, e gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni di attuazione del codice di procedura civile di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico legale, una idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento.

332-quatervicies. Con Intesa da sancire in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano entro il 31 marzo 2016 sono definiti gli standard di personale per livello di assistenza di cui all'articolo 22, comma 4, lettera e), dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 10 luglio 2014 (rep. 82/CSR) concernente il Patto per la salute 2014-2016.

332-quinquiesvicies. Nel rispetto della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione Europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, le regioni e province autonome:

- a) ove non ancora adempiuto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale nonché i relativi provvedimenti attuativi. Le regioni sottoposte ai piani di rientro, in coerenza con quanto definito dall'articolo 1, comma 4, del medesimo



decreto, adottano i relativi provvedimenti nei tempi e con le modalità definite nei programmi operativi di prosecuzione dei piani di rientro;

- b) ferme restando le disposizioni normative vigenti in materia sanitaria, ivi comprese quelle in materia di contenimento del costo del personale e in materia di piani di rientro, nonché gli standard di cui al comma 332-*quatervicies*, le regioni e province autonome corredano i provvedimenti di cui alla lettera a) di un piano inerente il fabbisogno di personale, dando evidenza delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161;
- c) trasmettono entro il 30 aprile 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (rep. Atti 2271), nonché al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n.70, istituito ai sensi di quanto previsto alla lettera C.5 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015 (rep. 113/CSR);
- d) il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA valutano congiuntamente entro il successivo 31 maggio i provvedimenti di cui alle lettere a) e b), anche sulla base dell'istruttoria condotta dal Tavolo di cui alla lettera C.5 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015 (rep. 113/CSR);
- e) ferme restando le disposizioni normative vigenti in materia sanitaria, ivi comprese quelle in materia di contenimento del costo del personale e quelle in materia di piani di rientro, se sulla base del piano del fabbisogno del personale emergono criticità, si applicano i commi da 332-*octiesvicies* a 332-*tricies*.

332-*sexiesvicies*. Nelle more della conclusione del procedimento di cui al comma 332-*quinquiesvicies* nel periodo 1 gennaio 2016 – 31 maggio 2016 le regioni, previa implementazione delle modalità organizzative del personale al fine di garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, qualora si evidenzino criticità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, possono ricorrere a forme di lavoro flessibile limitatamente al predetto periodo temporale, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia sanitaria, ivi ricomprendendo quelle relative al contenimento del costo del personale e in materia di piani di rientro, ed in deroga a quanto previsto dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010 n.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. Seal termine del medesimo periodo temporale permangono le predette condizioni di criticità, i contratti di lavoro, attivati ai sensi del precedente periodo, possono essere prorogati fino al termine massimo del 31 luglio 2016.



332-septiesvicies. Ai fini di concorrere ad efficientare l'utilizzo del personale degli enti del Servizio sanitario nazionale e procedere tempestivamente alla corretta ricollocazione del predetto personale allo svolgimento delle mansioni del proprio profilo professionale, anche in considerazione delle disposizioni dell'Unione Europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, l'articolo 1, comma 88, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, è sostituito dal seguente: "88. A decorrere dal 1° gennaio 2016, è stabilita una verifica straordinaria, con lo scopo di accertare la permanenza delle condizioni psico-fisiche del personale sanitario dipendente degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettere c) e d) del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, dichiarato inidoneo alla mansione specifica, di cui all'articolo 42 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, nonché del personale riconosciuto non idoneo, anche in via permanente, allo svolgimento delle mansioni del proprio profilo professionale, ma idoneo a proficuo lavoro, ai sensi dell'articolo 6 del CCNL integrativo del comparto sanità del 20 settembre 2001. La permanenza dei requisiti sanitari previsti dai provvedimenti di inidoneità di cui al precedente periodo viene accertata a cura delle Unità Operative Medico-legali dell'INPS competenti per domicilio dell'Azienda o dell'Istituto con eventuale sussidiarietà in ambito regionale. Resta salva la facoltà del dipendente, previa richiesta, di essere sottoposto a verifica presso l'Unità Operativa Medico-legale INPS competente per la sua residenza. Le Unità Operative Medico-legali dell'INPS per l'attività di verifica straordinaria di cui al presente decreto possono avvalersi, sulla base di specifiche convenzioni tra Regioni e INPS, di risorse umane e strumentali degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettere c) e d) del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Entro il 31 gennaio 2016 ciascuno degli enti di cui al comma 1 trasmette all'Unità Operativa Medico-legale dell'INPS competente per domicilio dell'Azienda o dell'Istituto, l'elenco dei dipendenti per i quali sono stati adottati i provvedimenti di inidoneità di cui al primo periodo, corredato dalla relativa documentazione sanitaria, riferita a ciascun lavoratore. Le modalità di comunicazione ai dipendenti delle date previste per gli accertamenti, nonché i criteri di programmazione delle relative attività, sono stabiliti dall'INPS. In caso di mancata presentazione a visita del dipendente, senza giustificare la ragione dell'assenza, si procede ai sensi dei CCNL vigenti. L'INPS comunica al datore di lavoro gli esiti degli accertamenti svolti, trasmettendo, per ciascun dipendente interessato, una relazione medico-legale in busta chiusa al datore di lavoro, il quale procede alla notifica della relazione medico-legale al dipendente. Avverso il giudizio medico-legale è ammesso ricorso giudiziario nei termini previsti dall'art. 42, 3° comma, della legge n. 326 del 2003. Il personale che dovesse risultare, sulla base della predetta relazione medico-legale, idoneo allo svolgimento delle mansioni del proprio profilo professionale, è ricollocato, entro trenta giorni dal ricevimento della relazione, allo svolgimento delle predette mansioni, nell'ambito della medesima ASL di appartenenza, dando priorità alla riassegnazione sul territorio. Qualora, per motivi organizzativi, non fosse possibile ricollocare il personale nelle mansioni del proprio profilo professionale nell'ambito della medesima ASL di appartenenza o del medesimo Istituto di appartenenza, si procede seguendo le vigenti disposizioni contrattuali in materia di mobilità. La verifica straordinaria di cui al presente comma, da completarsi entro il 31 dicembre 2016, non deve comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica ed è svolta con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente".

332-octiesvicies. Nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale e in relazione alle misure di efficientamento del settore sanitario previste dai commi da 289 a 311 e dalle misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui ai commi da 332-bis a



332-terviciesed in deroga a quanto previsto dal DPCM 6 marzo 2015, di attuazione dell'articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono indire e concludere, entro il 31 dicembre 2018, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico ed infermieristico, necessario a far fronte alle eventuali esigenze assunzionali emerse in relazione alle valutazioni operate sul piano di fabbisogno del personale secondo quanto previsto dal comma 332-quinquiesvicies tenendo anche conto dei risultati progressivamente acquisiti dall'attuazione della ricognizione prevista dal comma 332-septiesvicies. Nell'ambito delle medesime procedure concorsuali, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono riservare i posti disponibili, nella misura massima del 50%, al personale medico e infermieristico in servizio all'entrata in vigore della presente legge, che abbia maturato alla data del bando almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi cinque anni con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile con i medesimi enti.

332-noviesvicies. Le procedure di cui al comma 332-octiesvicies, secondo periodo, riguardano prioritariamente i servizi di emergenza urgenza per l'accesso ai quali il personale medico, in servizio con almeno cinque anni di prestazione continuativa, accede ancorché privo di specializzazione. Nelle more della conclusione delle medesime procedure, gli enti del Servizio sanitario nazionale continuano ad avvalersi del personale di cui al comma 332-octiesvicies, secondo periodo, anche in deroga ai limiti di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. In relazione a tale deroga, gli enti del Servizio sanitario nazionale, oltre alla prosecuzione dei rapporti di cui al precedente periodo, sono autorizzati ad attivare nuovi contratti di lavoro flessibile esclusivamente ai sensi del comma 332-sexiesvicies.

332-tricies. Le previsioni di cui ai commi 332-octiesvicies e 332-noviesvicies, per il triennio 2016-2018 vengono comunque attuate nel rispetto della cornice finanziaria programmata e nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e dell'articolo 17, commi 3, 3-bis e 3-ter del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e, per le regioni sottoposte a piani di rientro, degli obiettivi previsti in detti piani.

332-untricies. L'articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, si applica anche all'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto della povertà, che opera nell'ambito del Servizio sanitario nazionale ed è assoggettato alla disciplina per questo prevista. Conseguentemente il Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali, di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, e successive è ridotto di 780.983 euro a decorrere dal 2016.

332-duotricies. Il Ministero della salute, avvalendosi anche dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attiva un sistema di monitoraggio dell'efficacia delle



disposizioni di cui ai commi da 332-*bis* a 332-*tervicies* del presente articolo ai fini della riduzione delle prescrizioni di assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e farmaceutica non conformi alle buone pratiche clinico-assistenziali, avvalendosi anche delle informazioni derivanti dal sistema tessera sanitari di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n.326. In fase di prima applicazione, il monitoraggio prende in considerazione le prestazioni prescritte nel l'anno 2016 e i risultati sono resi noti entro il 30 aprile 2017.

Relazione tecnica

Le disposizioni contenute nelle proposte emendative dal comma 332-*bis* al comma 332-*tervicies*, nonché il comma 332-*untricies*, sono volte a disciplinare il settore della c.d. "materia della medicina difensiva", ridisegnando, allo scopo, i profili e l'alveo della responsabilità delle strutture sanitarie pubbliche e private nonché la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, al fine di garantire maggiore certezza in ordine ai profili di responsabilità professionale del personale sanitario e, nel contempo, offrire ai cittadini la possibilità di ottenere giustizia nei casi di c.d. "malasanità".

I commi da 332-*bis* a 332-*tervicies*, nonché il comma 332-*untricies*, contribuiscono alla sostenibilità finanziaria della cornice programmata per il Servizio sanitario nazionale, attraverso:

- a) la riduzione dei comportamenti di medicina difensiva da parte dei professionisti sanitari, in termini di eccessivo ricorso ad indagini diagnostiche sia in sede ambulatoriale che ospedaliera, in regime di ricovero e non, di eccessivo ricorso a procedure chirurgiche in regime di ricovero e di eccessivo ricorso alla prescrizione e somministrazione di farmaci;
- b) la riduzione degli oneri connessi alla copertura assicurativa del rischio sanitario (in termini di premi assicurativi e di autoassicurazione) da parte degli enti pubblici del SSN, per effetto sia del rafforzamento della gestione del rischio da parte della struttura sanitaria pubblica (e privata) che eviterà il manifestarsi del danno, sia dell'alleggerimento dell'onere per il professionista sanitario di provare che il danno è stato determinato a causa a lui non imputabile.

I commi dal 332-*quatervicies* al 332-*duotricies*, sono finalizzati ad assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari e la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro e di contratti a tempo determinato e nel rispetto, comunque, delle vigenti disposizioni in materia di contenimento delle spese di personale nonché, per le regioni sottoposte a piani di rientro, degli obiettivi previsti in detti piani. A tale scopo si introduce un procedimento finalizzato ad evidenziare eventuali esigenze



assunzionali a seguito della programmazione delle regioni effettuata ai sensi del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il servizio sanitario nazionale.

L'intervento proposto assume carattere di particolare urgenza, in considerazione del fatto che, a decorrere dal 25 novembre 2015, il personale sanitario del SSN non può più effettuare turni in deroga alle disposizioni previste dal decreto legislativo n. 66 del 2003 in materia di orario di lavoro.

Ciò premesso la norma proposta prevede un percorso di programmazione regionale dei fabbisogni di personale effettivamente esistenti, al fine di indire procedure concorsuali straordinarie nel periodo 2016-2018 per far fronte ad eventuali esigenze assunzionali, a seguito dell'adozione, da parte delle stesse regioni, dei provvedimenti attuativi del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera nel rispetto della cornice finanziaria programmata al fine di assicurare la continuità dell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione Europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro. Nella definizione del fabbisogno effettivo di personale, le regioni tengono conto, nel rispetto delle disposizioni normative in materia di contenimento del costo del personale e, per le regioni in Piano di rientro, di quanto contenuto nei Piani stessi, anche di quanto previsto dal comma 332-quatervicies, in materia di standard di personale per livello di assistenza, previsti dall'articolo 22, comma 4, lettera e), del Patto per la salute 2014-2016, nonché dei risultati progressivamente acquisiti dall'attuazione della ricognizione prevista dal comma 332-septiesvicies, relativo alla verifica straordinaria, da effettuarsi nei confronti del personale sanitario dichiarato inidoneo alla mansione specifica e già prevista dall'articolo 1, comma 88, della legge 24 dicembre 2012, n. 228.

La disposizione prevede che, nelle more della conclusione del procedimento di cui al comma 332-quinquiesvicies, le regioni, qualora si evidenzino criticità nell'erogazione dei LEA, e previa implementazione delle modalità organizzative del personale al fine di garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, possono ricorrere a forme di lavoro flessibile limitatamente al periodo 1 gennaio 2016- 31 maggio 2016, eventualmente prorogabile fino al termine massimo del 31 luglio 2016.

In tale prospettiva, la norma risulta, altresì, completare ed integrare il percorso già intrapreso con il DPCM del 6 marzo 2015, recante la Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità, che nella consapevolezza della peculiarità del settore di cui trattasi, ha disciplinato procedure concorsuali riservate per l'assunzione presso gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, dettando, al contempo, specifiche disposizioni per il personale dedicato alla ricerca.

Il comma 332-noviesvicies prevede che le procedure di stabilizzazione del personale infermieristico e medico impiegato con contratti a tempo determinato e con altri contratti di lavoro flessibile riguardino prioritariamente il percorso emergenziale, per l'accesso al quale il personale medico, in servizio con almeno cinque anni di prestazione continuativa, accede ancorché privo di specializzazione. Nelle more della conclusione di tali procedure gli enti del Servizio sanitario nazionale, al fine di assicurare la continuità assistenziale nel rispetto dei LEA, continuano ad avvalersi del personale precario destinatario della presente disposizione, anche in deroga ai limiti di cui all'art. 9, comma 28, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. Tale deroga, al fine di evitare la duplicazione di oneri finanziari,



comporterà esclusivamente la prosecuzione dei contratti attualmente in essere e non anche la sottoscrizione di ulteriori contratti di lavoro flessibile, fermo restando quanto previsto al comma 332-sexiesvicies.

La compatibilità economico-finanziaria per l'eventuale attuazione dei commi 332-octiesvicies e 332-noviesvicies del presente articolo, è da rinvenirsi all'interno della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale, alla cui sostenibilità concorrono le misure di cui ai commi da 289 a 311 e le misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui ai commi da 332-bis a 332-tervicies. L'eventuale necessità assunzionale, in coerenza con la cornice finanziaria del Servizio sanitario, sarà colmata attraverso la programmazione delle eventuali assunzioni necessarie nel periodo 2016-2018.

Come specificato dal comma 332-tricies, le previsioni di cui ai commi 332-octiesvicies e 332-noviesvicies, per il triennio 2016-2018 vengono comunque attuate nel rispetto della cornice finanziaria programmata e nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e dell'articolo 17, commi 3, 3-bis e 3-ter del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, e, per le regioni sottoposte a piani di rientro, degli obiettivi previsti in detti piani.

Il comma 332-untricies prevede che l'articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, si applica anche all'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto della povertà (I.N.M.P.), specificando che quest'ultimo opera nell'ambito del Servizio sanitario nazionale ed è assoggettato alla disciplina per questo prevista. In tal modo, le procedure di stabilizzazione del personale, previste dalla richiamata normativa, vengono estese anche al citato Istituto.

A tal riguardo, si rappresenta quanto segue:

- l'I.N.M.P. adotta il modello organizzativo proprio degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale (con la presenza del Direttore dell'Istituto, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo), in quanto tra l'altro ente erogatore di prestazioni assistenziali attraverso propri ambulatori. L'articolo 14, comma 6, del decreto-legge n. 158/2012 prevede, infatti, che per il finanziamento dell'I.N.M.P si provvede anche "mediante i rimborsi delle prestazioni erogate a carico del Servizio Sanitario Nazionale";

- l'I.N.M.P. adotta il sistema contabile e lo schema di Bilancio previsto dal Decreto Legislativo 23 giugno 2011 n. 118 per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, nonché adotta il Piano dei Conti utilizzato dalle aziende sanitarie della Regione Lazio (ai sensi dell'art. 5, comma 1, del D.M. 22.02.2013 n. 56, concernente "Regolamento recante disposizioni sul funzionamento e l'organizzazione dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà");

- il personale in servizio presso l'I.N.M.P. è inquadrato nei ruoli sanitario (medico e non medico), professionale, tecnico e amministrativo previsti dal CCNL Sanità parte giuridica ed economica in vigore e sottende, pertanto, alla disciplina del rapporto di lavoro da questo prevista.



Ai fini della stabilizzazione del personale, dirigenziale e non, la spesa da sostenere trova adeguata copertura nell'ambito del finanziamento complessivo dell'Istituto di 10.000.000 euro.

In particolare, per la stabilizzazione del personale non dirigenziale attualmente in servizio con contratti a tempo determinato, potenziale beneficiario della riserva prevista dal D.P.C.M. 6 marzo 2015, attuativo del richiamato articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, - e fermo restando che la stabilizzazione dovrà avvenire nel rispetto delle procedure ivi previste - l'onere complessivo previsto ammonta ad euro 887.034,34.

Analogamente per la stabilizzazione del personale dirigenziale con contratto a tempo determinato l'onere complessivo previsto per il numero di unità dirigenziale sanitarie (medico e non medico) attualmente in servizio, potenziale beneficiario della riserva prevista dal D.P.C.M. 6 marzo 2015 - e fermo restando che la stabilizzazione dovrà avvenire nel rispetto delle procedure ivi previste -, ammonta ad euro 629.439,93.

Va, peraltro, specificato che i costi complessivi di personale ai fini delle assunzioni per il triennio 2013 - 2015 sono stati autorizzati, rispettivamente, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con nota n. 4064 del 31 luglio 2013 e dal Dipartimento della Funzione Pubblica con nota DFP 41988 p-4.17.1.7.4 del 16 settembre 2013.

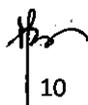
Si allega, di seguito, la tabella recante i soggetti interessati dalla procedura di stabilizzazione, con le relative qualifiche, gli oneri sostenuti finora e gli oneri a regime derivanti dalla stabilizzazione.

TABELLA

AREA	RUOLO	QUALIFICA	NUMERO UNITA'	COSTO		minor costo 2016: INPS 1,61%
				Tempo Determinato	Tempo Indeterminato	
Comparto	Sanitario	D - Collaboratore	3	119.221,56	117.822,99	1.398,57
Comparto	Tecnico	D - Collaboratore	4	153.477,44	151.671,04	1.806,40
Comparto	Tecnico	C - Assistente	2	70.653,41	69.821,83	831,58
Comparto	Amministrativo	D - Collaboratore	8	306.954,87	303.342,07	3.612,80
Comparto	Amministrativo	C - Assistente	7	247.286,94	244.376,41	2.910,53
Totale Comparto			24	897.594,22	887.034,34	10.559,88
Dirigenza	Sanitario	Medico	5	486.594,03	480.874,83	5.719,20
Dirigenza	Sanitario	Psicologo	1	75.165,65	74.282,55	883,10
Dirigenza	Sanitario	Biologo	1	75.165,65	74.282,55	883,10
Totale Dirigenza			7	636.925,33	629.439,93	7.485,40
Totale			31	1.534.519,54	1.516.474,26	18.045,28

La compensazione degli effetti finanziari di cui al **comma 332-untricies**, pari a 780.983 euro a decorrere dal 2016 è assicurata, in termini di indebitamento e fabbisogno, mediante corrispondente utilizzo del Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali, di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, e successive modificazioni.

La verifica della presente relazione tecnica, effettuata ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 ha avuto esito


10

POSITIVO

NEGATIVO

Il Ragioniere Generale dello Stato

10 DIC. 2015



