

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 4550

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**PALUMBO, DI VIRGILIO, PARODI, MASSIDDA, AIRAGHI, CIRO ALFANO, AMATO, ARACU, AZZOLINI, BAIAMONTE, ANTONIO BARBIERI, EMERENZIO BARBIERI, BENEDETTI VALENTINI, BERRUTI, BERTOLINI, DORINA BIANCHI, BIONDI, BORRIELLO, BURANI PROCACCINI, CAMINITI, CAMPA, CAPUANO, CARLUCCI, CASTELLANI, CESARO, CICCHITTO, CIRIELLI, COLLAVINI, COLUCCI, GIANFRANCO CONTE, GIULIO CONTI, COSSIGA, CRIMI, CUCCU, DE GHISLANZONI CARDOLI, DELL'ANNA, DI GIANDOMENICO, DI TEODORO, FILIPPO DRAGO, FASANO, FATUZZO, FERRO, FLORESTA, FONTANA, FOTI, FRIGERIO, GARAGNANI, GARNERO SANTANCHÈ, GAZZARA, GERACI, GERMANÀ, GHEDINI, GIGLI, GRIMALDI, JACINI, LA GRUA, LAINATI, LAVAGNINI, LEC-CISI, LEZZA, LICASTRO SCARDINO, LIOTTA, LISI, LO PRESTI, LUCCHESI, LUPI, GIANNI MANCUSO, MARINELLO, LUIGI MARTINI, MASINI, MAURO, MAZZOCCHI, MAZZONI, MEROI, MICHELINI, MIGLIORI, MILANESE, MILIOTO, MINOLI ROTA, MISURACA, MONDELLO, MORETTI, MORONI, MURATORI, ANGELA NAPOLI, NICOTRA, PACINI, PALMA, PALMIERI, PAOLETTI TANGHERONI, PATRIA, MARIO PEPE, PERLINI, PERROTTA, PORCU, PREVITI, RAISI, RICCIOTTI, RICCIUTI, ROMANI, ROMOLI, ROSITANI, ROSSO, ANTONIO RUSSO, PAOLO RUSSO, SANTORI, SANZA, SAPONARA, SARDELLI, SAVO, SCALTRITTI, SCHMIDT, SELVA, SGARBI, STAGNO D'ALCONTRES, STERPA, STRADILLA, TABORELLI, TAGLIALATELA, TAORMINA, TARANTINO, TUCCI, VERDINI, ZAMA**

Modifiche alla disciplina del rapporto di lavoro dei medici  
del Servizio sanitario nazionale

*Presentata il 10 dicembre 2003*

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, prevede che i dirigenti sanitari che abbiano stipulato un contratto di lavoro successivamente al 31 dicembre 1998 o abbiano optato per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria siano assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo.

Il citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, all'articolo 15-*quater*, comma 4, dispone altresì che la scelta da parte del medico in ordine alla esclusività del rapporto di lavoro non possa essere reversibile.

Tale norma non è assolutamente divisibile in quanto mortifica la dignità personale e professionale di quanti, dopo anni di studio e specializzazione, si trovano a dover decidere, una volta sola e per la vita, del proprio destino lavorativo. La stessa è palesemente in contrasto con i principi fondamentali sanciti dalla nostra Carta costituzionale.

L'articolo 4 della Costituzione, infatti, non solo riconosce il diritto al lavoro a tutti i cittadini, ma promuove tutte le condizioni per renderlo effettivo. Inoltre il secondo comma del suddetto articolo re-

cita che: « Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società ».

La scelta lavorativa da parte del singolo, quindi, è fondamentale per rendere effettivo il diritto al lavoro e pertanto non può essere limitata o resa irreversibile per legge.

La presente proposta di legge mira all'articolo 1, tra l'altro, a sopprimere la previsione dell'irreversibilità della scelta del medico ripristinando così lo stato di legalità.

La normativa oggi vigente sul rapporto di lavoro e sull'attività libero-professionale dei medici ospedalieri, approvata nella precedente legislatura, ha generato forti iniquità nel sistema, in quanto:

a) il rapporto di lavoro esclusivo e il sistema della libera professione intramuraria non sono riusciti a legare maggiormente il medico all'azienda e ad aumentare il livello quali-quantitativo delle prestazioni causando un aumento anziché una riduzione delle liste di attesa e generando in molti casi un doppio accesso per il cittadino: senza attesa per chi paga, con attesa, anche lunga, per chi non paga;

b) la irreversibilità del rapporto di lavoro esclusivo, il condizionamento alla scelta di tale rapporto per l'assunzione di responsabilità di strutture semplici o complesse, l'obbligatorietà del rapporto esclusivo svincolato dalla disponibilità da parte dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera, di seguito denominata « azienda », degli spazi per l'esercizio della libera professione intramuraria, le gravi penalizzazioni nei confronti dei medici che hanno scelto di conservare il rapporto non esclusivo, hanno determinato il sostanziale dissenso da parte della dirigenza sanitaria.

In base alla vigente normativa (decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni) il passaggio dal rapporto non esclusivo a quello esclusivo è non solo automatico ma altresì obbligato per la quasi totalità dei dirigenti.

Al contrario, con la nuova disciplina proposta, la scelta del rapporto esclusivo

non è obbligatoria in nessun caso, ma è rimessa al singolo dirigente ed è anche reversibile.

Conseguentemente si potrà verificare, e certamente si verificherà, il passaggio al rapporto non esclusivo di una consistente percentuale di dirigenti attualmente a rapporto esclusivo (circa il 95 per cento del personale) consentendo alle aziende di realizzare rilevanti economie per la mancata corresponsione della relativa indennità di esclusività del rapporto.

La nuova disciplina dell'attività libero-professionale non determina, né può determinare, se correttamente applicata dalle regioni e dalle aziende, maggiori oneri o minori entrate. La nuova normativa, infatti, lascia, per quanto concerne gli oneri, sostanzialmente immutata la preesistente disciplina: sono, infatti, confermati il vincolo della gestione e della contabilizzazione separati tra l'attività istituzionale e quella intramuraria, l'obbligo del recupero da parte dell'azienda di tutti gli oneri sostenuti, la possibilità per l'azienda di realizzare dei ricavi (le tariffe devono assicurare « almeno » il recupero degli oneri), i compensi percepiti per l'attività svolta all'interno dell'azienda e per quella svolta in strutture esterne convenzionate con l'azienda sono assimilati a reddito di lavoro dipendente, eccetera.

La nuova disciplina inoltre è diretta a consentire maggiori spazi per l'esercizio professionale del medico nel preminente interesse del cittadino. Infatti, da una parte si stabilisce l'obbligo dell'attività libero-professionale intramuraria, anche per la eliminazione delle liste di attesa e, dall'altra, si estende l'ambito e si semplificano le procedure della libera professione ivi compresa quella cosiddetta « allargata ». Si offre, così, al cittadino la più ampia gamma di prestazioni a prezzi calmierati dall'azienda e nei tempi di attesa più brevi possibili.

Con gli articoli 3, 4 e 5 si intendono modificare gli articoli 15 e 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con la integrazione del collegio tecnico di verifica professionale dei dirigenti sanitari e la modificazione dei criteri

di attribuzione degli incarichi di struttura complessa, e si prevede, inoltre, l'espressione di pareri obbligatori da parte del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del medesimo decreto legislativo.

Al riguardo si osserva che la disposizione intende stabilire il « principio fondamentale » del coinvolgimento obbligatorio di un organo tecnico (ossia la direzione tecnica aziendale, sanitaria ed amministrativa) nel governo delle attività cliniche, nella programmazione e nella valutazione delle attività tecnico-sanitarie dell'azienda. Il principio, già desumibile dal citato articolo 17 del decreto legislativo n. 502 del 1992, che ha disciplinato il Collegio di direzione, è stato confermato e rafforzato attraverso la previsione dell'acquisizione obbligatoria su alcuni atti particolarmente rilevanti del parere preventivo del predetto collegio, che è l'organismo tecnico aziendale composto dai massimi dirigenti medici dell'azienda. Il parere « vincola » parzialmente il direttore generale in quanto, se la decisione è assunta in contrasto con il parere dell'organo tecnico, deve essere specificatamente motivata.

La disposizione comunque non è tanto finalizzata a limitare l'autonomia riconosciuta al direttore generale su problematiche che hanno una specifica connotazione tecnica (da molti ritenuta eccessiva) quanto ad assicurare l'effettivo coinvolgimento (che significa anche corresponsabilizzazione) dei massimi dirigenti sanitari aziendali nelle decisioni più rilevanti del governo delle attività cliniche dell'azienda, come si verifica in tutte le organizzazioni aziendali.

Il principio non contrasta con le competenze delle regioni, che conservano larghi spazi di autonomia per disciplinare, nelle leggi di attuazione, più analiticamente la materia.

Inoltre coerentemente con i nuovi indirizzi governativi in materia di età pensionabile, si prevede (articolo 6) che, fino al riordino del sistema previdenziale per quanto concerne l'età pensionabile dei pubblici dipendenti, il limite massimo di età per il collocamento a riposo del personale medico del Servizio sanitario nazionale è stabilito al compimento del settantesimo anno di età.

Tale possibilità potrebbe determinare apparentemente maggiori costi per l'azienda in quanto la retribuzione di un direttore di struttura complessa anziano è in astratto maggiore di quella di uno più giovane. Se, al contrario, si considera che l'unico emolumento che fa la differenza è la RIA (cioè la retribuzione individuale di anzianità) che in virtù dell'articolo 9 del capo I del titolo II del contratto collettivo nazionale di lavoro di cui all'accordo dell'8 giugno 2000, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 170 del 22 luglio 2000, resta comunque assegnata al fondo, si può senz'altro concludere che la norma è improduttiva di costi per la finanza pubblica.

Infine, considerata la crescente conflittualità tra cittadini, medici del Servizio sanitario nazionale e strutture ospedaliere, si propone con l'articolo 8 la stipula obbligatoria da parte dei dipendenti dirigenti sanitari di adeguata polizza assicurativa contro i rischi per responsabilità civile verso terzi.

La nuova disciplina proposta fa prevedere i seguenti vantaggi rispetto a quella vigente:

a) per il cittadino:

1) riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni urgenti, senza alcun onere economico;

2) possibilità di scelta del medico in ospedale, pagando una tariffa « calmierata » dell'azienda;

b) per i medici:

1) accedere alla dirigenza indipendentemente dalla scelta della esclusività;

2) libertà di optare per il rapporto esclusivo e non esclusivo in modo reversibile;

3) rimanere in servizio oltre i limiti di età attuali;

c) per l'azienda:

1) potenziale riduzione dei rapporti esclusivi e quindi risparmi di spesa;

2) riduzione della lista di attesa e quindi miglioramento dell'efficienza nell'erogazione delle prestazioni.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

*(Disciplina del rapporto di lavoro del personale medico del Servizio sanitario nazionale).*

1. Il rapporto di lavoro della dirigenza medica delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere, di seguito denominate « aziende », e degli altri enti ed istituti sanitari pubblici è unico e a tempo pieno. Il rapporto può essere a carattere esclusivo o non esclusivo; le due tipologie di rapporto sono, a domanda, fra di loro reversibili e consentono la direzione di strutture semplici e complesse secondo modalità di accesso determinate dalle regioni. Il passaggio dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa è disposto con le modalità stabilite dalla contrattazione collettiva nazionale.

2. L'attività libero-professionale del personale medico è disciplinata in base ai seguenti principi fondamentali:

a) il dirigente medico, con esclusività di rapporto, fuori dall'impegno di servizio, può svolgere, all'interno delle strutture aziendali o anche all'esterno delle stesse in strutture a tale fine convenzionate con l'azienda, e comunque in conformità all'articolo 15-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, attività libero-professionale individuale o in *équipe*, regolata con modalità che assicurino all'azienda almeno il recupero di tutti gli oneri sostenuti. L'attività libero-professionale può essere svolta solo dopo avere assicurato il volume di prestazioni e il numero di ore di attività, individuali o in *équipe*, previsti dal programma aziendale concordato con le organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria firmatarie del contratto collettivo nazionale di lavoro. I compensi percepiti per le attività professionali di cui alla presente lettera sono assimilati a reddito di lavoro dipendente;

b) fuori dalle strutture aziendali, oltre alle attività libero-professionali di cui alla lettera a), al dirigente medico a rapporto esclusivo sono consentite le consulenze nonché le altre attività professionali occasionali, secondo gli indirizzi definiti a livello regionale in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

c) al dirigente medico a rapporto non esclusivo sono consentite tutte le attività libero-professionali che non configurano un rapporto di lavoro dipendente o determinano un conflitto di interessi con le attività istituzionali, secondo gli indirizzi definiti a livello regionale.

#### ART. 2.

*(Disciplina del rapporto di lavoro del personale medico universitario).*

1. Le disposizioni di cui all'articolo 1 si applicano, fermo restando il loro stato giuridico, anche ai medici universitari, ai professori universitari di prima e seconda fascia e ai ricercatori, che svolgono attività assistenziale presso le aziende ospedaliere di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, o presso strutture assistenziali pubbliche o private accreditate, ove previsto dagli accordi stipulati fra la regione e l'università.

#### ART. 3.

*(Integrazione del collegio tecnico di verifica professionale dei dirigenti sanitari).*

1. Al secondo periodo del comma 5 dell'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono aggiunte le parole: « e composto da due esperti della medesima disciplina con incarico e con professionalità adeguati alla valutazione da effettuare garantendo la presenza del dirigente sovraordinato; per la valutazione dei dirigenti apicali gli esperti devono essere

estranei all'azienda; gli esperti sono designati dal Collegio di direzione ».

ART. 4.

*(Criteri per l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa).*

1. Al primo periodo del comma 2 dell'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono aggiunte le parole: « che terrà conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati nonché dei crediti in attività di formazione continua maturati nel triennio precedente alla data del bando. La commissione procede alla selezione dei tre migliori concorrenti in ragione del rispettivo giudizio complessivo formulando tra i medesimi una graduatoria di merito. Il direttore generale ha facoltà di scelta fra i candidati individuati nella terna predisposta dalla commissione. La scelta di un candidato risultato idoneo al di fuori della terna proposta deve essere specificamente e congruamente motivata dal direttore generale, previo parere conforme del Collegio di direzione ».

ART. 5.

*(Espressione di pareri obbligatori da parte del Collegio di direzione).*

1. Il Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, formula parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Ogni decisione del direttore generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione è adottata con provvedimento motivato.

ART. 6.

*(Limiti di età).*

1. Fino al riordinamento della disciplina del sistema previdenziale per quanto

concerne l'età pensionabile dei pubblici dipendenti e fermo restando quanto previsto dall'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, e successive modificazioni, l'azienda, sulla base del parere espresso dal Collegio di direzione, può trattenere in servizio i dirigenti di struttura complessa che ne fanno richiesta, non oltre il compimento del settantesimo anno di età.

2. Le disposizioni di cui al comma 1 si applicano, fermo restando il loro stato giuridico, e fatti salvi i diritti acquisiti, anche ai medici e al personale sanitario universitario, ai professori universitari di prima e di seconda fascia e ai ricercatori, che svolgono attività assistenziale presso le aziende ospedaliere di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, o presso strutture assistenziali pubbliche nonché, ove previsto dagli accordi stipulati fra la regione e l'università, presso strutture sanitarie private accreditate.

3. Il trattenimento in servizio dei dirigenti di struttura complessa è comunque subordinato alla loro verifica annuale. In caso di verifica negativa, il rapporto di lavoro è risolto alla data della prima scadenza utile successiva alla proroga.

#### ART. 7.

*(Norme transitorie).*

1. Gli attuali rapporti di lavoro della dirigenza sanitaria sono trasformati nel rapporto di lavoro unico e a tempo pieno disciplinato dalla presente legge; il dirigente può optare per l'esclusività o meno del rapporto. Fino alla stipula del primo contratto collettivo nazionale di lavoro il passaggio dal rapporto di lavoro esclusivo a quello non esclusivo e viceversa è disposto a domanda del dirigente interessato. La specifica indennità prevista per il dirigente a rapporto esclusivo compete solo al personale che ha già optato o che opererà per la esclusività del rapporto. Il dirigente ancora a rapporto di lavoro a tempo definito alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno

1999, n. 229, può, a domanda, conservare tale tipo di rapporto fino ad esaurimento; tale rapporto è equiparato a quello dei dirigenti medici a rapporto non esclusivo.

2. Il comma 4 dell'articolo 15-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è abrogato; il primo periodo del comma 5 dell'articolo 15-*quinquies* del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992, è soppresso.

ART. 8.

*(Polizze assicurative).*

1. È fatto obbligo alle aziende di stipulare adeguata polizza assicurativa contro i rischi per responsabilità civile verso terzi dei dipendenti dirigenti sanitari. La polizza deve comprendere la colpa grave; resta esclusa l'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti del sanitario responsabile, ferma restando la facoltà di azione nel caso di dolo. I contenuti minimi della garanzia sono definiti con apposito accordo quadro regionale da stipulare con le organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria firmatarie dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

2. Gli articoli 18, 22 e 23 del testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3, sono abrogati.

