

AS 2167 “Conversione in legge del decreto legge 1° aprile 2021, n. 44, recante Misure urgenti per il contenimento dell’epidemia da Covid-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-Cov-2, di giustizia e di concorsi pubblici”

PROPOSTA DI EMENDAMENTI ANAAO ASSOMED

1) MISURE IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La Legge n. 24/2017, ha introdotto nel nostro ordinamento una nuova disciplina dei profili civili, penali e amministrativo –contabili della responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Il vaglio dottrinale e giurisprudenziale, pur specificando fattispecie ed integrando ambiti applicativi, ha sostanzialmente confermato che le innovazioni introdotte costituiscono un bilanciamento, tra l’esigenza di frenare il fenomeno della cosiddetta “*medicina difensiva*” proteggendo i professionisti da eccessi di contenzioso a fini risarcitori e il valore del diritto alla tutela della salute dei cittadini. Come noto l’art 6 della suddetta legge, ha introdotto nel codice penale l’art. 590-sexies (*Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario*). La difforme interpretazione giurisprudenziale della novella ha determinato l’assegnazione alle Sezioni Unite Penali della Suprema Corte di Cassazione, del quesito su “...quale sial’ambito applicativo della previsione di non punibilità ...” La sentenza (n° 08770/18) ha definito che “*l’esercente una professione sanitaria non è punibile per colpa lieve solo qualora l’evento si sia verificato a causa di imperizia nell’esecuzione di raccomandazioni di linee guida o buone pratiche clinico assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio da gestire e delle speciali difficoltà*”. Sottolinea inoltre come “...il tema della colpa medica penalmente rilevante sia sensibile alla questione della sua gradualità (ndr lieve/grave) pur a fronte di un precetto, quale l’articolo 43 del Codice Penale che scolpisce la colpa senza distinzioni interne” e “...come possibilità aggiuntiva di misurazione di questa a fini diversi da quelli di commisurare la pena quale l’inquadramento della non punibilità, sulla base di un bilanciamento di interessi concorrenti”.

L’emendamento proposto intende rispondere alle esigenze, sempre più pressanti, di prevedere una disciplina della responsabilità per morte o lesioni personali degli esercenti le professioni sanitarie quando l’evento si sia verificato in contesti calamitosi del tutto eccezionali, i cui effet-

ti dannosi sulla salute individuale e collettiva abbiano determinato l'assunzione di condotte colpose nella individuazione ed esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale.

Con tali finalità e nel bilanciamento degli interessi concorrenti già illustrato, l'emendamento proposto non agisce ridefinendo l'operatività delle regole cautelari caratterizzanti sia la forma generica che quella specifica della colpa di cui al comma 1 dell'art 43 del Codice Penale da cui deriva responsabilità, quanto piuttosto intervenendo sul terreno della loro specificazione, ovvero prevedendo che, in condizioni eccezionali ma ben definite, la responsabilità da colpa lieve, per ogni causa, sia meritevole dell'inquadramento nella non punibilità, già previsto per altre fattispecie dal comma 2 dell'art.590 sexies del codice penale, rispondendo quindi solo per colpa grave o dolo.

La gestione della emergenza sanitaria determinata dalla pandemia SARS CoV-2, sostenuta da un virus nuovo, altamente contagioso, con effetti patogenetici largamente sconosciuti, privo di terapie specifiche di comprovata efficacia, gravato da significativa morbilità e letalità in popolazioni target (età avanzata con pluripatologie, soggetti fragili per patologie acute e croniche, etc.), ha scontato per una lunga fase iniziale, l' inadeguatezza dello stato delle conoscenze tecnico scientifiche disponibili, le conseguenti insufficienze sui profili di competenza, efficacia e sicurezza delle attività professionali le repentine e ripetute modifiche degli assetti organizzativi e gestionali delle attività e servizi, nell'affannosa rincorsa a misure adeguate ai rischi da gestire e pertinenti ai problemi da risolvere.

Dal punto di vista della tecnica legislativa, il comma 1 dell'emendamento integra la legge 24/2017 rispettandone la struttura organica e sistematica e più analiticamente:

- *la lettera a)* interviene sull'art.6, al comma 1, introducendo un terzo comma all'art.590 sexies del codice penale ivi previsto e il cui rationale è stato poco sopra illustrato;
- *la lettera b)* aggiunge allo stesso art 6, il comma 1-bis per il quale il Giudice dell'Udienza Preliminare, quando ricorrano le fattispecie individuate dal comma 3 dell'art.590 sexies del c.p. nell'esercizio dei propri poteri nel procedimento, si avvale con modalità ordinarie del Collegio Peritale come individuato dall'art. 15 della legge in oggetto;

- *la lettera c)* ricostruisce per la nuova fattispecie introdotta, la coerente valutazione della colpa in ambito civilistico prevista dall'art 7 della legge 24/2017;
- *la lettera d)* aggiunge il comma 8 all'art. 9 prevedendo che le azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa siano esercitate solo in caso di dolo, sempre che ricorrano le fattispecie di cui al comma 3 dell'ar.590 sexies del c.p.;
- *la lettera e)* introduce infine all'art. 15 un ulteriore comma 5 che pone a carico delle strutture sanitarie e socio sanitarie, pubbliche e private gli oneri del collegio peritale di parte, i cui componenti sono individuati d'intesa con i professionisti coinvolti.

Gli eventi verificatisi o aventi causa nel governo della emergenza sanitaria conseguente alla pandemia da Covid 19 costituiscono un potenziale di contenzioso penale, civile e di responsabilità amministrativa a carico degli esercenti le professioni sanitarie tanto vasto quanto complesso da gestire anche in ambito giurisprudenziale di ogni ordine e grado.

Il comma 2 dell'emendamento proposto prevede alcuni ulteriori criteri per la valutazione sulla gravità della colpa per ogni causa da effettuarsi nel concreto del caso specifico.

PROPOSTA DI EMENDAMENTO

“Dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente articolo 3bis
3 bis “Misure in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.

1. Alla legge 8 Marzo 2017, n. 24 (*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*) sono apportate le sue seguenti modifiche e integrazioni:

a) - All'art 6, comma 1, modificare come segue l'art 590-sexies del codice penale:

-- aggiungere alla fine del primo comma "e dal terzo comma";

-- aggiungere il seguente terzo comma: 3. "Qualora l'evento si sia verificato nel contesto di uno stato di emergenza di rilievo nazionale, dichiarato ai sensi di legge, per una calamità con danni alla salute individuale e collettiva aventi caratteri di straordinarietà, tali da determinare, nella gestione dell'emergenza sanitaria, l'assunzione di condotte in violazione delle regole cautelari di cui al comma 1 dell'articolo 43 del codice penale, che disciplinano le ordinarie condizioni di operatività tecnico scientifica, professionale, gestionale ed organizzativa degli esercenti le professioni sanitarie nella individuazione ed esecuzione delle prestazioni con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, la punibilità è esclusa per ogni causa, salvo che tali condotte siano caratterizzate da colpa grave o dolo";

- b)** - all'art. 6 aggiungere il seguente comma 1bis: "Nelle fattispecie di cui al comma 3 dell'art. 590-sexies del codice penale, il Giudice della Udienza Preliminare ordinariamente si avvale del parere del Collegio Peritale come individuato dal successivo art. 15 della presente legge";
- c)**—All'art 7 alla fine del terzo comma aggiungere: " e successive integrazioni ";
- d)**—All'art. 9 aggiungere il seguente comma 8: "In applicazione dell'art.7, comma 3 della presente legge, ove ricorrono le fattispecie individuate dal comma 3 dell'art.590-sexies, le azioni di cui ai commi 5 e 6 sono esercitate solo in riferimento a condotte dolose.";
- e)** — All'art.15 aggiungere il seguente comma 5: "Ove ricorrano le fattispecie di cui al comma 3 dell'art.590-sexies del codice penale, nel procedimento penale e civile, le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private ordinariamente provvedono, con oneri a proprio carico, ad individuare, d'intesa con i professionisti coinvolti, un collegio peritale di parte o rispettivamente un collegio di consulenza tecnica di parte, costituito secondo le disposizioni dei commi precedenti".
- 2.** Nella vigenza dello stato di emergenza dichiarato ai sensi di legge, in relazione alla pandemia da SARS-COV-2, la valutazione sulla gravità della colpa per ogni causa, di cui al comma 3 introdotto dal presente provvedimento all'art.590 sexies del codice penale, deve altresì considerare nel concreto del fatto specifico:
- il rapporto sussistente tra la novità ed eccezionalità dei danni alla salute, individuale e collettiva, determinati dall'evento pandemico e lo stato delle conoscenze tecnico scientifiche validate e adeguate al contrasto di tale emergenza sanitaria;
 - il livello di compatibilità tra le risorse umane e materiali disponibili e le quantità e tipologie di prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e medico legali da assicurare;
 - la rilevante eterogeneità delle attività richieste in un contesto emergenziale rapportata al grado di esperienza e livello di specializzazione del professionista coinvolto;
 - l'adeguatezza e pertinenza di eventuali regolamenti o discipline emergenziali alla specificità del caso concreto.

2) PRESTAZIONI AGGIUNTIVE FINALIZZATE ALL'ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA IN FASE POST COVID

Le liste di attesa per le prestazioni specialistiche costituiscono uno dei problemi più sentiti dai cittadini, che rischia di essere accentuato in questa fase di ripresa dell'epidemia e di nuova emergenza nelle strutture sanitarie. È necessario programmare, una volta superata la fase emergenziale il recupero dell'enorme arretrato di visite, accertamenti e interventi chirurgici rinviati nell'emergenza Covid se non si vuole innescare una seconda epidemia quella di "malati non Covid".

La loro riduzione dipende dall'incremento dell'offerta attraverso un aumento di numero del personale medico veterinario e sanitario specialistico o delle ore lavorate.

Il CCNL 2016-2018 della Dirigenza sanitaria prevede la possibilità per i professionisti di effettuare prestazioni aggiuntive fissando la retribuzione a 60 euro l'ora. Per ogni milione di ore/anno effettuate si rendono disponibili, alla luce della normativa Covid, circa due milioni di prestazioni.

L'emendamento è volto a prorogare delle disposizioni già contenute in via transitoria (fino al 31 dicembre 2020) dal Decreto Agosto) Decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito in legge 12 ottobre 2020, n.126), intese alla riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero, non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da COVID-19, ricorrendo a prestazioni aggiuntive, previste dall'articolo 115, c.2 del CCNL dell'Area Sanità., con una remunerazione più elevata rispetto a quella stabilita dai contratti (80 euro).

Se, peraltro, a questa retribuzione si applicasse lo stesso trattamento fiscale previsto per le lezioni private degli insegnanti pubblici (art. 1, commi 13 e seguenti della Legge 30 dicembre 2018, n. 145), si metterebbero a disposizione dei cittadini prestazioni aggiuntive al lavoro ordinario adeguatamente remunerate con notevole possibilità di recupero delle prestazioni rinviate.

PROPOSTA DI EMENDAMENTO

Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente articolo 4bis:

4 bis "*Prestazioni aggiuntive finalizzate all'abbattimento delle liste d'attesa in fase post covid*"
"Le disposizioni contenute nell'articolo 29 comma 2, lettera a) e comma 3, lettera a) del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito in legge 13 ottobre 2020, n. 126" sono prorogate sino al 30 giugno 2022.

Per le finalità di cui al presente articolo è autorizzata ulteriore spesa pari a 100 milioni di euro. Alle retribuzioni della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, derivanti dalla effettuazione di prestazioni aggiuntive richieste dalle aziende sanitarie per l'abbattimento delle liste di attesa, si applica l'aliquota fiscale del 15%".

3) INDENNITA' DA RISCHIO BIOLOGICO PER DIRIGENZA AREA SANITA'

L'articolo 268 del d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 prevede l'esistenza di attività lavorative nelle quali vi sia rischio di esposizione ad agenti biologici e lo suddivide in quattro gruppi per livello crescente di rischio.

La descrizione dallo stesso fatta per i gruppi 2, 3 e 4 si attanaglia in modo specifico, agli operatori sanitari per le caratteristiche peculiari della loro attività lavorativa, per cui risulta evidente che per tutti i dirigenti del ruolo sanitario sia prevedibile l'appartenenza ad uno dei tre gradi di rischio suddetti. La controprova di ciò è data dallo stesso Legislatore che all'articolo 274 del suddetto d.lgs. sente la necessità di individuare delle particolari misure specifiche per tentare di prevenire tale rischio in sanità.

Lo stesso Legislatore, all'articolo 271 dello stesso d.lgs., affida al datore di lavoro (nel caso del S. S. N., le aziende sanitarie) il dovere di valutare il rischio biologico di ciascun lavoratore con l'aiuto del Medico competente e del rappresentante della sicurezza all'interno dell'azienda, per decidere a quale grado di rischio assegnarlo e di conseguenza quali accorgimenti utilizzare per ridurlo.

La legislazione vigente (combinato – disposto della Legge 734 del 1973, art. 1 e 4 e D.P.R. 146 DEL 1975, punto 9 del gruppo 5 dell'allegato A e loro s. m.) prevede l'indennità di rischio biologico solamente per gli operatori sanitari non dirigenti. Tale esclusione è perdurata fino ad oggi, malgrado il dettato del d.lgs. n. 626 del 1994 e del d.lgs. 81 del 2008 prevedessero invece la possibilità di un rischio biologico per tutte le categorie di operatori sanitari, senza escluderne alcuna. **In conseguenza di ciò, tale indennità è stata prevista fino ad oggi nei Contratti Collettivi Nazionali degli operatori sanitari del comparto sanità e non in quelli dei dirigenti del ruolo sanitario.**

Tale vulnus legislativo ha determinato nei fatti una palese iniquità di trattamento fra due categorie di lavoratori esposti a parità di condizioni agli stessi rischi. Tale iniquità è stata resa ancor più palese dalla emergenza Covid 19.

Scopo di questa proposta di emendamento è di correggere tale vulnus legislativo, di equiparare il valore di tale indennità per i suddetti dirigenti a quella del personale infermieristico e di correlarla ai gradi di rischio previsti dall'articolo 268 del d.lgs 9 aprile 2008 n. 81.

Per calcolare l'onere economico di tale indennità (230 milioni al lordo degli oneri previdenziali riflessi) si è partiti dai seguenti dati:

- 130.000 la prevista dotazione organica nazionale di dirigenti del ruolo sanitario;
- 250 giorni presenza media anno di giorni lavorativi per dirigente;
- 15.000 circa il numero di dirigenti attribuibili al gruppo 4 del grado di rischio previsto dal d.lgs 81 del 2008;
- 35.000 circa quelli attribuibili al gruppo 3 di grado di rischio;
- 80.000 circa quelli attribuibili al gruppo 2.

PROPOSTA DI EMENDAMENTO

Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente articolo 4bis:

4 bis "Indennità da rischio biologico per la dirigenza sanitaria"

1. Nelle attività lavorative dei dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie, di cui all'Articolo 7 del CCNQ sulla definizione dei comparti di contrattazione collettiva del 13 luglio 2016, in cui è presente una esposizione a rischio biologico identificabile nei gruppi 2, 3 e 4 del comma 1 dell'articolo 268 del d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 è corrisposta a partire dal 1 gennaio 2021, per ogni giornata di effettivo servizio prestato, una indennità da rischio biologico nella misura prevista di € 4,13, € 5,13 e € 10,26 a secondo dell'appartenenza ad uno dei suddetti gruppi.

2. L'individuazione dei dirigenti e l'attribuzione a questi della classe di rischio dei gruppi 2, 3 e 4 del comma 1 dell'articolo 268 del d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 è effettuata annualmente dal medico competente.

3. Conseguentemente agli oneri derivanti dalla presente disposizione, valutati in 230 milioni anno, a decorrere dal 2021 si provvede mediante incremento vincolato del fondo sanitario nazionale"

4) RICERCATORI IRCCS

RAZIONALE

L'approvazione delle disposizioni di cui all'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, commi 422 e seguenti hanno determinato una complessa situazione nell'ambito degli IRCCS ed IZS; in particolare è stata prevista una procedura di stabilizzazione del personale precario della ricerca biomedica costituito da medici, veterinari, biologi ed altre figure della dirigenza sanitaria e del comparto. Tale procedura ha previsto una impropria collocazione di figure della dirigenza sanitaria nell'area contrattuale del comparto. Ciò ha determinato oggettive problematiche per l'avvio e la conclusione delle procedure previste da tali norme, ma soprattutto ha fortemente demotivato i Ricercatori che si sono visti espulsi dall'area professionale e contrattuale di cui sono oggettivamente parte. Si tratta pertanto, con la proposta formulata, a parità di oneri contrattuali (collocando le figure mediche e sanitarie in apposita sezione dell'area dirigenziale con attribuzione di trattamento economico del comparto ricerca ovvero del solo tabellare della dirigenza del SSN), di collocare medici e sanitari nell'area dirigenziale per il percorso decennale previsto e propedeutico all'accesso definitivo alle posizioni dirigenziali. In tal modo si restituirebbe alla ricerca biomedica italiana un assetto di stabilità coerente con i livelli qualitativi storici del settore e con il quadro internazionale.

PROPOSTA DI EMENDAMENTO

Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente articolo 4-bis *"Misure in materia di ricercatori degli IRCCS"*

"All'art. 1 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205, **al comma 422:** sostituire le parole *"un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria"*, con le seguenti *"un ruolo dirigenziale della ricerca sanitaria ed un ruolo non dirigenziale delle attività di supporto alla ricerca sanitaria"*; **al comma 423:** dopo le parole *"424 a 434,"* sostituire le parole *"nell'ambito del contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto Sanità, in un'apposita sezione, con definizione dei trattamenti economici dei relativi profili, prendendo a riferimento quelli della categoria apicale degli altri ruoli del comparto"* con le seguenti parole *"nell'ambito dei CCNL rispettivamente della dirigenza e del comparto della Sanità in apposite sezioni in ciascuna area con definizione dei trattamenti economici dei relativi profili, senza maggiori oneri né diretti o indiretti per la finanza pubblica rispetto all'attuale collocazione contrattuale"*; **al comma 424,** dopo le parole *"di ricerca, personale"* aggiungere le parole *"afferente alla sola area di ricercatori"*; dopo le parole *"del contratto collettivo nazionale di lavoro"* aggiungere le parole *"dell'area dirigenziale"*; **al comma 425:** dopo le parole *"procedure concorsuali"* aggiungere le parole *"relative ai distinti profili della dirigenza e del comparto"*; **al comma 427** dopo le parole *"il personale"* aggiungere le parole *"limitatamente a quello con qualifica di ricercatore"*;

al **comma 428** dopo le parole *“a tempo indeterminato”* sostituire le parole *“nei ruoli”*; con le parole *“nei distinti ruoli della dirigenza e del comparto”*