

**IL NUOVO TESTO DEGLI ARTICOLI 2 E 3 DEL DECRETO BALDUZZI CON GLI
EMENDAMENTI APPROVATI DALLA COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA
CAMERA DEI DEPUTATI**

DL 158/2012: DISPOSIZIONI URGENTI PER PROMUOVERE LO SVILUPPO DEL PAESE MEDIANTE UN PIÙ ALTO LIVELLO DI TUTELA DELLA SALUTE. C. 5440 GOVERNO.

(Nota: in grassetto sono riportate le modifiche aggiuntive approvate, mentre in rosso barrato le parti che sono state eliminate)

Art. 2

Esercizio dell'attività libero professionale intramuraria

1. Al'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 3 le parole: «entro il termine stabilito dal comma 2, primo periodo» sono sostituite dalle seguenti: «entro il 31 dicembre 2014»;

b) al comma 4, il primo periodo ed il secondo periodo fino alle parole: «seguenti modalità:» sono sostituiti dai seguenti: «Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie interessate, in coerenza con le misure di cui ai commi 1 e 2, adottano provvedimenti tesi a garantire che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di seguito IRCCS di diritto pubblico provvedano, entro il **31 DICEMBRE 2012**, ad una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili **E CHE SI RENDERANNO DISPONIBILI IN CONSEGUENZA DELL'APPLICAZIONE DELLE MISURE PREVISTE DALL'ARTICOLO 15 DEL DECRETO-LEGGE 6 LUGLIO 2012, N. 95, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 7 AGOSTO 2012, N. 135** per 'esercizio del'attività libero professionale, comprensiva di una valutazione dettagliata dei volumi delle prestazioni rese nel'ultimo biennio, in tale tipo di attività presso la strutture interne, le strutture esterne e gli studi professionali. Sulla base della ricognizione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono autorizzare 'azienda sanitaria, ove ne sia adeguatamente dimostrata la necessità e nel limite delle risorse disponibili, ad acquisire, tramite 'acquisto o la locazione presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate, nonché tramite la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici, spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per 'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria ordinaria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità per 'esercizio delle attività medesime, previo parere (**vincolante**) da parte del collegio di direzione di cui al'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Qualora quest'ultimo non sia costituito, il parere è reso da una commissione paritetica di sanitari che esercitano 'attività libero-professionale intramuraria, costituita a livello aziendale. Le regioni e le province autonome nelle quali siano presenti aziende sanitarie nelle quali risultino non disponibili gli spazi per 'esercizio del'attività libero professionale, possono autorizzare, limitatamente alle medesime aziende sanitarie, 'adozione di un programma sperimentale che preveda lo svolgimento delle stesse attività, in via residuale, presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete, ai sensi di quanto previsto dalla lettera a-bis) del presente comma, previa sottoscrizione di una convenzione annuale rinnovabile tra il professionista interessato e 'azienda sanitaria di

appartenenza, sulla base di uno schema tipo approvato con accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

~~(Lo schema tipo di convenzione prevede che la sottoscrizione e il rinnovo annuale della stessa sono possibili solo a condizione che il fatturato relativo alle prestazioni rese dal singolo professionista sia pari o superiore a 12.000 euro annui).~~

Le autorizzazioni di cui comma 3 dell'articolo 22-bis del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, cessano al **31 DICEMBRE 2012**. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli IRCCS di diritto pubblico gestiscano, con integrale responsabilità propria, 'attività libero-professionale intramuraria, al fine di assicurarne il corretto esercizio, in particolare nel rispetto delle seguenti modalità:»;

c) al comma 4, dopo la lettera a) sono inserite le seguenti:

«a-bis) predisposizione e attivazione, entro il 31 marzo 2013, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano ovvero, su disposizione regionale, del competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, di una infrastruttura di rete per il collegamento telematico, in condizioni di sicurezza, tra 'ente o 'azienda e le singole strutture nelle quali vengono erogate le prestazioni di attività libero professionale intramuraria, interna o in rete. La disposizione regionale, precisando le funzioni e le competenze dell'azienda sanitaria e del professionista, prevede 'espletamento, in via esclusiva, del servizio di prenotazione, 'inserimento obbligatorio e la comunicazione, in tempo reale, all'azienda sanitaria competente dei dati relativi all'impegno orario del sanitario, ai pazienti visitati, alle prescrizioni ed agli estremi dei pagamenti, anche in raccordo con le modalità di realizzazione del fascicolo sanitario elettronico. Le modalità tecniche per la realizzazione della infrastruttura sono determinate, entro il 30 novembre 2012, con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto delle disposizioni contenute nel decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante il codice in materia di protezione dei dati personali. Agli oneri si provvede ai sensi della lettera c), mediante adeguata rideterminazione delle tariffe operata in misura tale da coprire i costi della prima implementazione della rete, anche stimati in via preventiva;

a-ter) facoltà di concedere, su domanda degli interessati e con 'applicazione del principio del silenzio-assenso, la temporanea continuazione dello svolgimento di attività libero professionali presso studi professionali, già autorizzati ai sensi del comma 3 dell'articolo 22-bis del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, oltre la data del 30 novembre 2012, fino all'attivazione del loro collegamento operativo alla infrastruttura di rete di cui alla lettera a-bis), e comunque non oltre il 30 aprile 2013. Gli oneri per 'acquisizione della necessaria strumentazione per il predetto collegamento sono a carico del titolare dello studio;»;

d) al comma 4 la lettera b) è sostituita dalla seguente:

«b) pagamento di prestazioni di qualsiasi importo direttamente al competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, mediante mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo. Nel caso dei singoli studi professionali in rete, la necessaria strumentazione è acquisita dal titolare dello studio, a suo carico, entro il 30 aprile 2013;»;

e) al comma 4 la lettera c) è sostituita dalla seguente:

«c) definizione, d'intesa con i dirigenti interessati, previo accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale, di importi da corrispondere a cura del'assistito, idonei, per ogni prestazione, a remunerare i compensi del professionista, del'equipe, del personale di supporto, articolati secondo criteri di riconoscimento della professionalità, i costi pro-quota per 'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, salvo quanto previsto dalla lettera a-ter), ultimo periodo, e dalla lettera b), ultimo periodo, nonché ad assicurare la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete di cui alla lettera a-bis). Nel'applicazione dei predetti importi, quale ulteriore quota, oltre quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, una somma pari al 5 per cento del compenso del libero professionista viene trattenuta dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa, anche con riferimento alle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), dell'Accordo sancito il 18 novembre 2010 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. **AL FINE DI GARANTIRE AI PAZIENTI LA MASSIMA TRASPARENZA E DI CONSENTIRE LA LETTURA IMMEDIATA DELLE CIFRE CHE EFFETTIVAMENTE VENGONO CORRISPOSTE AL MEDICO PER 'ESPLETAMENTO DELLA PRESTAZIONE RESA, AL'INTERNO DEL DOCUMENTO FISCALE RILASCIATO AL PAZIENTE DEVE ESSERE ANALITICAMENTE DESCRITTA, VOCE PER VOCE, LA COMPOSIZIONE DEI PREDETTI IMPORTI.**

L'ENTE O 'AZIENDA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PROVVEDE A CORRISPONDERE, ENTRO NOVANTA GIORNI DAL'AVVENUTO PAGAMENTO DA PARTE DEL PAZIENTE, 'IMPORTO DOVUTO AL MEDICO COME ONORARIO PER LA SUA ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE. »;

f) al comma 4 la lettera f) è sostituita dalle seguenti:

«f) esclusione della possibilità di svolgimento dell'attività libero professionale presso studi professionali collegati in rete nei quali, accanto a professionisti dipendenti in regime di esclusività o convenzionati del Servizio sanitario nazionale, operino anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del Servizio sanitario nazionale ovvero dipendenti non in regime di esclusività, salvo deroga concedibile dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, su disposizione regionale, a condizione che sia garantita la completa tracciabilità delle singole prestazioni effettuate da tutti i professionisti dello studio professionale associato, con la esclusione, in ogni caso, di qualsiasi addebito a carico dell'ente o azienda del Servizio sanitario nazionale;

f-bis) adeguamento dei provvedimenti per assicurare che nell'attività libero-professionale, in tutte le forme regolate dal presente comma, compresa quella esercitata nell'ambito del programma sperimentale, siano rispettate le prescrizioni di cui alle lettere a), b) e c) del presente comma;»;

g) dopo il comma 4 è inserito il seguente:

«4-bis I risultati della ricognizione di cui al comma 4 sono trasmessi dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ed all'Osservatorio nazionale sull'attività libero professionale. La verifica del programma sperimentale per lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria, presso gli studi professionali collegati in rete di cui al comma 4, è effettuata, entro il 28 febbraio 2015, dalla regione interessata, in base a criteri fissati con accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. In caso di verifica positiva, la regione medesima, ponendo contestualmente termine al programma sperimentale, può consentire in via permanente ed ordinaria, limitatamente allo specifico ente o azienda del

Servizio sanitario regionale ove si è svolto il programma sperimentale, lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria presso gli studi professionali collegati in rete. In caso di inadempienza da parte dell'ente o azienda del Servizio sanitario regionale, provvede la regione o provincia autonoma interessata. In caso di verifica negativa, tale attività cessa entro il 28 febbraio 2015. Degli esiti delle verifiche regionali viene data informazione al Parlamento attraverso la relazione annuale di cui all'articolo 15-quattordicesimo del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.»;

h) al comma 7, primo periodo, le parole: «e la destituzione» sono sostituite dalle seguenti: «, la decurtazione della retribuzione di risultato pari ad almeno il 20 per cento ovvero la destituzione »;

i) il comma 10 è abrogato.

ART. 2-BIS

(MISURE IN MATERIA DI TARIFFE MASSIME PER LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE).

1. AL'ARTICOLO 15 DEL DECRETO-LEGGE 6 LUGLIO 2012, N. 95, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA LEGGE 7 AGOSTO 2012, N. 135, DOPO IL COMMA 17 È INSERITO IL SEGUENTE: «17-BIS. CON DECRETO DI NATURA NON REGOLAMENTARE DEL MINISTRO DELLA SALUTE, DA ADOTTARE ENTRO 15 GIORNI DALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELLA LEGGE DI CONVERSIONE DEL PRESENTE DECRETO, È ISTITUITA, SENZA NUOVI E MAGGIORI ONERI PER LA FINANZA PUBBLICA, UNA COMMISSIONE PER LA FORMULAZIONE DI PROPOSTE PER 'AGGIORNAMENTO DELLE TARIFFE DETERMINATE AI SENSI DEL COMMA 15. LA COMMISSIONE, COMPOSTA DA RAPPRESENTANTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE, DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE E DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, SI CONFRONTA CON LE ASSOCIAZIONI MAGGIORMENTE RAPPRESENTATIVE A LIVELLO NAZIONALE DEI SOGGETTI TITOLARI DI STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE. LA COMMISSIONE CONCLUDE I SUOI LAVORI ENTRO 60 GIORNI DALLA DATA DELL'INSEDIAMENTO. ENTRO I SUCCESSIVI 30 GIORNI IL MINISTRO DELLA SALUTE, DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, SENTITA LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, PROVVEDE ALL'EVENTUALE AGGIORNAMENTO DELLE PREDETTE TARIFFE.»

Art. 3

Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie

1. L'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA CHE NELLO SVOLGIMENTO DELLA PROPRIA ATTIVITÀ SI ATTIENE A LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE ACCREDITATE DALLA COMUNITÀ SCIENTIFICA NAZIONALE E INTERNAZIONALE, RISPONDE DEI DANNI DERIVANTI DA TALI ATTIVITÀ SOLO NEI CASI DI DOLO E COLPA GRAVE.

2. Con decreto del Presidente della Repubblica, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, DA EMANARSI ENTRO IL 30 GIUGNO 2013 su proposta del

Ministro della salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, sentite 'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA) , **LA FEDERAZIONE DEGLI ORDINI DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI, NONCHÉ** le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, anche in attuazione dell'articolo 3, comma 5, lettera e), del decretolegge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, al fine di agevolare 'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, sono disciplinati le procedure e i requisiti minimi e uniformi per 'idoneità dei relativi contratti, in conformità ai seguenti criteri:

a) determinare i casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio professionale, prevedere 'obbligo, in capo ad un fondo appositamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie. Il fondo viene finanziato dal contributo dei professionisti **IN MISURA DEFINITA IN SEDE DI CONTRATTAZIONE COLLETTIVA** che ne facciano espressa richiesta e da un ulteriore contributo a carico delle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale, determinato in misura percentuale ai premi incassati nel precedente esercizio, comunque non superiore al 4 per cento del premio stesso, con provvedimento adottato dal Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite **LA FEDERAZIONE DEGLI ORDINI DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI, NONCHÉ** le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie;

b) determinare il soggetto gestore del Fondo di cui alla lettera a) e le sue competenze senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

c) prevedere che i contratti di assicurazione debbano essere stipulati anche in base a condizioni che dispongano alla scadenza la variazione in aumento o in diminuzione del premio in relazione al verificarsi o meno di sinistri e subordinare comunque la disdetta della polizza all' reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario **ACCERTATA CON SENTENZA DEFINITIVA.**

C-BIS) PREVEDERE PER TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE LA COPERTURA ASSICURATIVA OBBLIGATORIA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER I DANNI SUBITI DAI PAZIENTI E CAGIONATI DALLA CONDOTTA COLPOSA DEGLI OPERATORI SANITARI O DA CONDOTTE COLPOSE DEGLI AMMINISTRATORI DELLA STRUTTURA PER CARENZE ORGANIZZATIVE O DI PRESIDI; PREVEDERE ALTRESÌ CHE IL DANNEGGIATO A SEGUITO DI PRESTAZIONI SANITARIE RICEVUTE NELLE PREDETTE STRUTTURE HA AZIONE DIRETTA PER IL RISARCIMENTO DEL DANNO NEI CONFRONTI DEL'ASSICURATORE, ENTRO I LIMITI DELLE SOMME PER LE QUALI È STATA STIPULATA 'ASSICURAZIONE.

3. Il danno biologico conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, eventualmente integrate con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti all'attività di cui al presente articolo.

4. Per i contenuti e le procedure inerenti ai contratti assicurativi per i rischi derivanti all'esercizio dell'attività professionale resa nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o in rapporto

di convenzione, il decreto di cui al comma 2 viene adottato sentita altresì la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Resta comunque esclusa a carico degli enti del Servizio sanitario nazionale ogni copertura assicurativa della responsabilità civile ulteriore rispetto a quella prevista, per il relativo personale, dalla normativa contrattuale vigente.

5. Gli albi dei consulenti tecnici d'ufficio di cui all'articolo 13 del regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, recante disposizioni di attuazione del codice di procedura civile, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico legale, una idonea e qualificata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche.

6. Dal'applicazione del presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.