



DECRETO BALDUZZI

# Istruzioni (minime) per l'uso

Come districarsi  
tra argomenti e tematiche  
che interessano a largo  
spetto tutta la sanità

**L** La Legge 8 novembre 2012, n. 189, “Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158 (meglio conosciuto come “Decreto Balduzzi”), recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”, si pone l’obiettivo di modificare, in uno spirito migliorativo, parecchie delle attuali regole che governano il SSN.

Dopo il passaggio attraverso le forche caudine dei veti incrociati di Regioni e commissioni parlamentari, in particolare le commissioni di bilancio, la norma ha visto la luce sicuramente modificata e ridotta nella sua portata iniziale.

Tuttavia affronta una serie di argomenti e tematiche che investono a largo spettro tutto il mondo della sanità pubblica, incorporando tra l’altro al suo interno il disegno di legge sul governo clinico delle aziende, recepito in gran parte con un passaggio (non risolutivo) sugli esiti della valutazione dei dirigenti.

Affronta, inoltre, il tema spinoso e da anni irrisolto delle regole di base che devono governare la libera professione *intramoenia*, mettendo in chiaro alcuni principi di base, pone le basi per una diversa organizzazione della medicina di base e specialistica territoriale, sfiora alcuni importanti temi quali responsabilità professionale, copertura assicurativa professionale e

distribuzione dei farmaci (anche veterinari), risolve il nodo legato al contenzioso ONAOSI (fonte di costi inutili sia per l’Ente sia per i ricorrenti), affronta infine, e in attesa dell’auspicato contratto quadro nazionale le tematiche relative sia ai contratti a tempo determinato in scadenza sia le regole che disciplinano il *turn over* sanitario anche nelle Regioni soggette ai piani di rientro.

Molta quindi la carne al fuoco, molti al “*redde rationem*” finale i chiaroscuri, vediamo nel dettaglio una sintesi dei risultati, soffermandoci sui soli articoli con implicazioni dirette o indirette sulla nostra attività e sull’organizzazione del lavoro.

## Articolo 1

Comma 4. Riserva l’accesso alle graduatorie per svolgere le funzioni di specialista ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale esclusivamente a professionisti forniti del titolo di specializzazione inerente la branca di interesse.

Comma 8. Per comprovate esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale viene la mobilità del personale diventa un prerequisito alla copertura di eventuali posti vacanti o carenze di organico.

Tale processo deve avvenire nel rispetto tuttavia delle seguenti regole:  
1. previo confronto con le organizza-





zioni sindacali firmatarie dei contratti collettivi nazionali di lavoro;

2. i processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie sono effettuabili, inoltre, previo accertamento delle situazioni di eccedenza ovvero di disponibilità di posti per effetto dei processi di riorganizzazione da parte delle aziende sanitarie;

3. la ricollocazione del personale può avvenire presso altre aziende sanitarie della Regione situate anche al di fuori dell'ambito provinciale;

4. le aziende sanitarie non possono procedere alla copertura di eventuali posti vacanti o carenze di organico, prima del completamento dei procedimenti di ricollocazione del personale.

## Articolo 2

Prevede la proroga al 31/12/2012 del termine per la ricognizione degli spazi.

Ferme restando le specifiche previste dalla Legge n. 120/2010 in materia di esercizio professionale della Lp per i dirigenti medici veterinari, prevede tuttavia un meccanismo di prenotazione *on line* delle visite, di negoziazione delle tariffe e regola le modalità di riscossione dei proventi secondo modalità tracciabili, prevedendo tuttavia la possibilità di far fronte a emergenze e a disfunzioni del servizio con modalità alternative. Inoltre oltre alle trattenute già previste 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 a interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa».

## Articolo 3

In materia di responsabilità professionale viene poi sancito che:

«L'esercente la professione sanita-

*ria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del Codice Civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo».*

Viene inoltre previsto l'obbligo, in capo a un fondo appositamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie.

## Articolo 4

Il collegio di direzione diviene organo delle aziende individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'azienda, e vengono definiti i criteri minimi curriculari dei direttori generali delle aziende, oltre prevedersi l'obbligo di un elenco regionale di idonei.

Viene chiarita, con un livello di maggiore definizione (ma per questo specifico argomento rimandiamo all'articolo pubblicato a pagina... corredato di parere del nostro ufficio legale)

l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione.

Vengono poi stabiliti più stringenti criteri selettivi per i responsabili di Struttura complessa, e viene richiamata (pur nel rispetto della norma introdotta dall'articolo 9, comma 32, del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122, e pertanto tale precisazione appare pleonastica oltre che in contrasto con le richieste unitarie di tutto il mondo sindacale) la necessità di confermare negli incarichi ricoperti i dirigenti al termine delle procedure di valutazione già previste dai vigenti CCNL.

Viene inoltre riformato e chiarificato l'istituto dell' articolo 15/septies del D.lgs. n. 502, che tra l'altro non potrà più essere utilizzato per conferire incarichi di dirigenti di struttura complessa.

Importante poi la formulazione del comma 5, che trascriviamo integralmente:

«1. Dopo il comma 4-bis dell'articolo 10 del decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368, e successive modificazioni, è inserito il seguente: 4-ter. Nel rispetto dei vincoli finanziari che limitano, per il Servizio sanitario nazionale, la spesa per il personale e il regime delle assunzioni, sono esclusi dall'applicazione del presente decreto i contratti a tempo determinato del personale sanitario del medesimo Servizio sanitario nazionale, ivi compresi quelli dei dirigenti, in considerazione della necessità di garantire la costante erogazione dei servizi sanitari e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza. La proroga dei contratti di cui al presente comma non costituisce nuova assunzione. In ogni caso non trova applicazione l'articolo 5, comma 4-bis»

## Articolo 4 bis

Prevede, anche per le Regioni in piano di rientro, con la condizione del raggiungimento, anche parziale, degli obiettivi previsti nei piani medesimi, la possibilità di uno sblocco del *turn over*, nel limite del 15 per cento e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

## Articolo 8

Introduce significativi cambiamenti normativi in tema di sicurezza alimentare ed emergenze veterinarie, modificando il decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 193, il decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 111, il decreto legislativo 19 novembre



2008, n. 194, con effetti sulle procedure di riconoscimento degli stabilimenti di produzione e confezionamento dei prodotti alimentari destinati a una alimentazione particolare (art. 1 decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 111), oltre a disciplinare in modo più dettagliato la vendita di pesce e cefalopodi freschi, e di latte e crema crudi.

### Articolo 9

Disposizioni anche per quanto riguarda le emergenze veterinarie con la previsione di un commissariamento *ad acta* per la Regione che non procede all'eradicazione.



### Articolo 13

Vengono modificati il decreto legislativo 16 marzo 2006, n. 158 (comma 4) disponendo che non debba essere più controfirmata dal veterinario libero professionista la dichiarazione sui trattamenti effettuati sugli animali nei 90 giorni precedenti l'avvio alla macellazione e l'articolo 84 del decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193 (comma 4 bis), prevedendo in questo caso che: «*Il medico veterinario, nell'ambito della propria attività e qualora l'intervento professionale lo richieda, può consegnare all'allevatore o al proprietario degli animali le confezioni di medicinali veterinari della propria scorta [...] omissis [...]*».

### Articolo 14

Detta regole in materia di razionalizzazione di taluni Enti sanitari,

abrogando tra l'altro il CNSA (Consorzio Anagrafi Animali), definendo l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP) Ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della Salute, risolve il nodo del contenzioso ONAOSI e detta regole più stringenti in materia di controllo delle attività e delle modalità di riconoscimento degli IRCCS.

Per le nostre specificità il commento del Segretario nazionale, Dott. Aldo Grasselli:

«*Da parte nostra sicuramente la soddisfazione per aver ottenuto un passo importante nella definizione dei Dipartimenti di Prevenzione*». Ha dichiarato, al termine dell'iter parlamentare «*Il testo approvato ha incluso un emendamento sollecitato*

*dal SIVeMP che aveva chiesto maggiore chiarezza nella norma e un maggior impegno per promuovere la prevenzione, l'unica funzione sanitaria che assicura concreti risparmi alla sanità e all'economia complessiva del Paese*».

Per il resto sicuramente solo il tempo potrà dare il polso dell'effettiva valenza delle nuove regole. Che avrebbero (forse) essere più incisive, ma che sono probabilmente il miglior compromesso raggiungibile in uno Stato le cui competenze in materia sanitaria sono soggette a legislazione concorrente, e pertanto demandate a un federalismo che non riesce più a garantire, dopo la riforma del titolo V della Costituzione, quanto previsto dall'articolo 32 della nostra Carta costituzionale, che recita: «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*».