

Responsabilità professionale del personale sanitario e responsabilità civile delle aziende sanitarie.
I testi e i commenti sulle due proposte di legge

Più serenità per i medici, più fiducia per i cittadini

■ Presentiamo i progetti di legge attualmente all'esame della Commissione Igiene e Sanità del Senato, con l'augurio che possano al più presto essere approvati dal Parlamento e avere dunque il pieno valore legislativo. Come scrive il consulente legislativo dell'Agoi nella disamina che pubblichiamo come introduzione, questi provvedimenti possono infatti "essere considerati un importante strumento risolutivo dell'attuale sistema della responsabilità professionale"

Il parere legale

di **Mina Maisto**, Avvocato
Consulente legislativo Agoi

Due progetti di legge presentati nell'attuale Legislatura al Senato proseguono il dibattito aperto ormai da molto tempo, in ambito legislativo, sulla responsabilità professionale del personale medico e sanitario. Prima di entrare nel merito dei contenuti dei provvedimenti, è necessaria una breve premessa per comprendere la natura e le motivazioni del dibattito in corso nell'opinione pubblica sulle implicazioni relative alla responsabilità dei medici, nei casi di contenzioso per lesioni personali o addirittura per omicidi colposi. Partendo da alcuni dati, molto



significativi, in ambito assicurativo, è da segnalare che ogni anno negli ospedali italiani si avrebbero circa 320.000/350.000 eventi di danno, che originano circa 150.000/170.000 richieste di risarcimento, mentre i procedimenti pendenti davanti ai tribunali italiani, al 2005, per ipotesi di responsabilità sanitaria sa-

rebbero stati nell'ordine dei 12.000/15.000 e il dato è attualmente in crescita. Questo dunque il fatto anomalo rispetto al resto d'Europa, dove le leggi che regolano la responsabilità medica sono più attinenti ai casi specifici e più flessibili, a garanzia della salute del paziente ma anche in chiave di tutela della professione medica.

Ecco che i progetti di legge presentati in questa Legislatura, sia a firma del senatore Tomassini, presidente della Commissione Igiene e Sanità, che del senatore Carrara, possono essere considerati un importante strumento risolutivo dell'attuale sistema della responsabilità professionale medica in Italia.

In particolare il provvedimento presentato dal senatore Tomassini, l'Atto Senato n. 50 concernente nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario, risponde concretamente all'esigenza di inquadrare tale responsabilità nell'ambito più ampio dell'attività della struttura sanitaria stessa. È importante, infatti, considerare il comportamento e le attività del

Senato della Repubblica XVI Legislatura Disegno di legge n. 50 d'iniziativa dei senatori Tomassini e Malan

Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

Art. 1. (Responsabilità per danni occorsi in strutture sanitarie ospedaliere)

1. La responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario medico e non medico, occorsi in una struttura ospedaliera pubblica o privata, è sempre a carico della struttura stessa.

2. La responsabilità riguarda tutte le prestazioni erogate dalle strutture ospedaliere pubbliche, ivi incluse le attività ambulatoriali, diagnostiche e le attività intramoenia.

Fanno eccezione quelle escluse totalmente dai livelli essenziali di assistenza di cui all'allegato 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta

Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002. La responsabilità riguarda inoltre tutte le prestazioni fornite dalle strutture ospedaliere private accreditate.

3. La struttura ospedaliera può avviare azione disciplinare contro i dipendenti responsabili del danno qualora il fatto sia stato commesso con dolo o colpa grave. Solo in caso di dolo può essere avviata azione di rivalsa nei confronti dei sanitari responsabili.

4. In caso di colpa grave accertata con sentenza passata in giudicato, il direttore generale, sentito il collegio di direzione, può disporre nei confronti del dipendente il parziale recupero del risarcimento del danno riconosciuto; l'ammontare, fissato in modo equitativo, è recuperato attraverso trattenute sullo stipendio, nella misura massima

del quinto, per un periodo comunque non superiore a cinque anni.

Art. 2. (Assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie ospedaliere)

1. Tutte le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private non possono esercitare l'attività se non sono coperte, ai sensi della presente legge, dall'assicurazione per la responsabilità civile nei confronti degli assistiti.

2. Per l'adempimento dell'obbligo di cui al comma 1, il contratto deve essere stipulato con qualsiasi impresa autorizzata all'esercizio dell'assicurazione della responsabilità civile con massimali idonei a garantire la copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti gli operato-

ri sanitari.

3. Le strutture di cui al comma 1, per garantire maggiore tutela ai reparti ad elevato rischio di responsabilità civile, possono stipulare contratti assicurativi integrativi.

Art. 3. (Unità di rischio)

1. La regione istituisce presso ogni struttura ospedaliera pubblica e privata un ufficio di valutazione del rischio di responsabilità civile del personale sanitario al fine di prevenire i contenziosi.

Art. 4. (Fondo di garanzia)

1. La regione può istituire un apposito fondo di garanzia per la responsabilità civile del personale di tutte le aziende sanitarie ubicate sul territorio regio-

nale, sostitutivo delle polizze assicurative, attribuendo al fondo direttamente le risorse finanziarie necessarie.

Le polizze assicurative in vigore cessano alla scadenza e comunque non oltre due anni dall'istituzione del fondo di garanzia.

2. I contenuti minimi della garanzia per responsabilità civile, previsti dalle polizze assicurative e della gestione del fondo di garanzia, sono definiti con apposito accordo quadro regionale da stipulare con le organizzazioni sindacali del personale sanitario firmatarie dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

Art. 5. (Azione giudiziaria per il risarcimento del danno)

1. Il danneggiato a seguito di prestazioni sanitarie ricevute in strutture per le quali, ai sensi

Un terreno di iniziativa di Aogoi

L'impegno di Aogoi sul fronte della responsabilità professionale, con particolare riguardo alle conseguenze penali dell'errore medico, è da anni instancabile. Sul piano culturale, per superare una certa mentalità che oppone medico e paziente, incentrata sull'enfatizzazione della "colpa medica". Sul piano politico-legislativo, per sensibilizzare governo e istituzioni sulla necessità di un intervento di ampio respiro, che riesca a stabilire per il nostro paese regole più europee, che tengano conto della funzione sociale del medico. Sul piano professionale, Aogoi è stata tra le prime società scientifiche ad attivare corsi di formazione sul risk management in sanità in tutto territorio nazionale (sono sei i corsi svolti nel 2007) e a promuovere dibattiti e convegni sul tema. Il **Forum sulla responsabilità medica in Europa**, che Aogoi ha organizzato lo scorso ottobre in collaborazione con il Senato della Repubblica, grazie soprattutto all'impegno dell'allora presidente del Senato Franco Marini e dei senatori Antonio Tomassini e Cesare Cursi, è stato un importante momento di dibattito e confronto tra medici, politici, giuristi e studiosi italiani e stranieri sulle strategie e soluzioni adottate in diversi Paesi europei per ridurre a pochi casi estremi il ricorso in tribunale in un'ottica di tutela del personale sanitario e anche del paziente.



Antonio Tomassini e Giovanni Monni

tiche e del sistema giudiziario. Proprio l'articolo 3 risponde all'esigenza di prevenire i contenziosi, attraverso l'istituzione, da parte delle Regioni, di "unità di rischio", presenti in tutte le strutture ospedaliere, pubbliche o private, che fungano da uffici di valutazione del rischio di responsabilità civile del

personale sanitario. Mentre l'articolo 5 consente al danneggiato di potersi rivalere direttamente sull'impresa di assicurazione per il risarcimento del danno, in tempi brevi. Con gli articoli 6 e 7, viene individuato e regolato il sistema di risoluzione dei contenziosi, attraverso procedure snelle e flessibili come l'arbitrato e la pronuncia secondo equità. Infine gli articoli 8 e 9 stabiliscono regole di garanzia sulla professionalità e la formazione sia degli arbitri facenti parte del collegio arbitrale, che dei consulenti tecnici d'ufficio coinvolti nella risoluzione delle vertenze, attraverso l'istituzione di un albo nazionale specifico sulla responsabilità professionale del personale sanitario. Il provvedimento

► Segue a pagina 10

personale medico, contestualmente alla situazione in cui opera: logistica, organizzazione, strumentazione, formazione continua ecc.

L'articolo 1 del progetto di legge stabilisce quindi che sia la struttura ospedaliera, pubblica o privata, a rispondere civilmente per danni ai pazienti che hanno ricevuto prestazioni sanitarie all'interno delle strutture stesse. Ciò implica l'individuazione di un sistema adeguato di copertura assicurativa della struttura sanitaria. La soluzione viene prevista dall'articolo 2 del provvedimento, attraverso l'introduzione di

un'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile che le strutture stesse possono stipulare con le imprese di assicurazione. In alternativa, all'articolo 4 è invece prevista l'opportunità che le Regioni possano istituire un Fondo di garanzia per la responsabilità civile del personale sanitario.

Le norme introdotte dal provvedimento non vanno solo nella direzione della tutela del personale sanitario, ma anche del paziente che si trova a subire danni e che spesso non riesce ad avere il risarcimento che gli spetta in tempi certi, a causa delle lungaggini burocratiche

della presente legge, vi è l'obbligo dell'assicurazione obbligatoria, ha azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'assicuratore, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione.

2. La domanda di risarcimento, inviata tramite raccomandata con avviso di ricevimento, deve essere corredata da idonea documentazione medica.

3. L'assicuratore, entro novanta giorni dalla domanda di risarcimento, comunica al danneggiato la misura della somma offerta, ovvero indica i motivi per i quali non ritiene di fare alcuna offerta; nello stesso periodo di tempo il danneggiato è tenuto ad acconsentire agli accertamenti, ai controlli e alle verifiche che si rendano necessari.

4. In caso di postumi non ancora consolidati, la richiesta e l'offerta possono avere carattere provvisorio. L'offerta definitiva deve essere comunicata entro novanta giorni dalla data in cui il danneggiato informa l'assicuratore riguardo il consolidamento dei postumi.

5. Se il danneggiato dichiara di accettare la somma offertagli,

l'assicuratore deve provvedere al pagamento entro venti giorni dal ricevimento per iscritto dell'accettazione.

6. Qualora la somma offerta sia inferiore a quella richiesta e il danneggiato non si dichiara soddisfatto del risarcimento, l'impresa deve comunque corrispondere tale somma entro venti giorni. Tale somma verrà imputata nella liquidazione definitiva del danno.

Art. 6. (Arbitrato)

1. In mancanza di accordo tra le parti, la controversia può essere deferita, su proposta del danneggiato e previa accettazione della controparte, ad un collegio arbitrale.

2. La volontà del danneggiato di deferire ad un collegio arbitrale l'eventuale contenzioso deve essere esplicitata al momento dell'invio della domanda di risarcimento di cui all'articolo 5, comma 2. L'assicuratore è tenuto a comunicare l'accettazione o il diniego del deferimento al collegio arbitrale nella comunicazione di cui all'articolo 5, comma 3.

3. Il collegio arbitrale è composto da tre membri, dei quali due designati da ciascuna delle parti secondo le forme e le modalità di cui all'articolo 810 del codice di procedura civile.

4. Il procedimento, il lodo e le impugnazioni devono essere svolti in conformità agli articoli 816 e seguenti del codice di procedura civile. Il procedimento si conclude nel termine di novanta giorni da quello in cui è avvenuta l'ultima accettazione da parte degli arbitri, salvo che le parti, di comune accordo, concordino un termine diverso.

Art. 7. (Pronuncia secondo equità)

1. Qualora la causa venga deferita a un collegio arbitrale, le parti, di comune accordo, possono chiedere agli arbitri di decidere secondo equità. Contro tale decisione non sono ammessi mezzi di impugnazione.

Art. 8. (Albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio per vertenze sulla

responsabilità professionale del personale sanitario)

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge in ciascuna regione e provincia autonoma è costituito un albo degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio per le vertenze riguardanti la responsabilità professionale del personale sanitario.

2. Ogni regione e provincia autonoma stabilisce le modalità per la costituzione e l'aggiornamento dell'albo avendo cura di garantire un'ideale e qualificata rappresentanza di esperti di tutte le specializzazioni mediche e delle professioni sanitarie non mediche, anche con il coinvolgimento delle relative società scientifiche.

Art. 9. (Nomina degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio)

1. In tutte le cause di responsabilità professionale dei sanitari, la nomina del terzo arbitro ai sensi degli articoli 809 e 810 del codice di procedura civile e dei consulenti tecnici

d'ufficio ai sensi dell'articolo 61 del codice di procedura civile deve essere effettuata tra persone iscritte all'albo di cui all'articolo 8.

2. È possibile il conferimento dell'incarico ad un consulente o arbitro iscritto all'albo di un'altra regione. Per il conferimento di incarichi a persone non iscritte in alcun albo il giudice, qualora non vi sia accordo tra le parti, deve chiedere l'autorizzazione al presidente del tribunale competente indicando i motivi della scelta. Il presidente, se ritiene fondati i motivi, provvede con ordinanza.

3. Qualora la vertenza riguardi una materia specialistica, ciascuna parte ha diritto di chiedere con apposita istanza che la nomina avvenga tra gli iscritti agli albi regionali e provinciali con specifica competenza nella disciplina oggetto del contenzioso.

4. In caso di controversie sulla sussistenza dei requisiti di cui al comma 3, ovvero su quale sia la disciplina specialistica oggetto del giudizio, decide il giudice con ordinanza.

A colloquio con Antonio Tomassini presidente della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato

Una legge per cambiare rotta

di Stefano Simoni

È un provvedimento "leggero", perché l'esigenza è di fare presto e per questo è già stato messo all'ordine del giorno della XII Commissione al Senato con la lista delle audizioni, che inizieranno a settembre, già pronta. Stiamo parlando del Disegno di legge "Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" il cui autore è il presidente della Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama, Antonio Tomassini, che abbiamo intervistato chiedendogli di illustrarci i punti salienti del provvedimento.

Presidente Tomassini, il contenzioso per lesioni tra medico e paziente ha subito un incremento notevole negli ultimi anni. È giunto il momento di una legge?

Si, il contenzioso per lesioni personali ascrivibili al personale medico ha subito un notevole incremento comportando da un lato un accanimento giudiziario dei pazienti, sempre più autonomi ma non altrettanto ben informati e, dall'altro, atteggiamenti "difensivi" dei sanitari preoccupati di difendere la propria immagine professionale spesso distrutta con processi sommari. Sempre più nei pazienti c'è una diffusione quasi matematica della certezza di un risultato che in realtà in medicina non si può avere. Le procedure durano anni con risarcimenti che lievitano in modo impressionante, siamo arrivati a 2 miliardi, 500 milioni solo in Lombardia, il risultato è che il paziente vede tardare il riconoscimento del danno e il medico, sempre più solo, si trova costretto a pagare cifre che non ha mai guadagnato in tutta la vita con in più il marchio della condanna penale che gli rovina la carriera.

La depenalizzazione dunque sarebbe la strada da seguire?

La depenalizzazione richiederebbe una legge costituzionale che allungherebbe di molto i tempi anche se l'Italia è uno dei pochi paesi europei dove su questo tipo di reato si innesca il penale.

Quali sono i punti salienti del provvedimento?

In sintesi: far ricadere le responsabilità sugli enti stessi secondo il principio che l'atto medico è solo un momento di una prestazione più complessa; assicurazione obbligatoria con massimali e premi fissati a livello centrale per tutte le strutture sanitarie; favorire il ricorso all'arbitrato; prevedere norme che snelliscano le procedure per il risarcimento; costituzione di un albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio.

► Segue da pagina 9

dimento risulta sicuramente un tentativo pregevole al perseguimento di un sistema equilibrato, efficiente ed efficace nella risoluzione dei contenziosi relativi alla responsabilità professionale del personale sanitario.

Privilegiare in via preliminare all'accesso al contenzioso i tentativi di risoluzione in appropriate sedi extragiudiziali è una strada che pare essere assolutamente condivisibile perché abbatterebbe costi e tempi del contenzioso, consentirebbe un maggior peso della componente scientifica nella valutazione delle condotte dannose e agevolerebbe la gestibilità all'interno delle strutture sanitarie delle aree di maggior rischio. **Il progetto di legge n. 352, pre-**

sentato dal senatore Carrara, in materia di assicurazione per la responsabilità civile delle aziende sanitarie, cerca di risolvere il problema specifico della garanzia di carattere patrimoniale (art. 2) relativa alla citata tipologia di assicurazione, attraverso l'introduzione dell'obbligatorietà della copertura assicurativa (art. 1), al fine di scongiurare anche i cosiddetti comportamenti di medicina difensiva, il cui primo obiettivo è non tanto la cura del malato quanto il tenere indenne l'operatore da qualsivoglia responsabilità, nonché dell'ampiezza con la quale le pronunce giurisprudenziali procedono al sindacato ex post delle attività terapeutiche. Inoltre il provvedimento, all'articolo

4, prevede altresì l'istituzione nelle strutture sanitarie di un'unità di risk management dedicata all'individuazione e alla gestione del rischio clinico, ponendo dunque le basi, sia per la prevenzione della medical malpractice, sia per la celere individuazione delle cause degli eventi avversi.

I provvedimenti sono ora all'esame della Commissione Igiene e Sanità del Senato e si auspica un dibattito politico costruttivo per l'eventuale introduzione di modifiche migliorative ai testi legislativi in esame e soprattutto l'approvazione definitiva dei testi da parte dei due Rami del Parlamento, in modo che le misure descritte abbiano al più presto effetto di legge.

Gli obiettivi dei due disegni di legge

Realizzare un sistema equilibrato, efficiente ed efficace nella risoluzione dei contenziosi relativi alla responsabilità professionale del personale sanitario. E risolvere il problema della responsabilità civile delle aziende sanitarie, attraverso l'introduzione dell'obbligatorietà della copertura assicurativa, anche per scongiurare la cosiddetta medicina difensiva

L'anomalia italiana

Circa 320/350 mila gli eventi di danno che si verificano ogni anno negli ospedali a fronte di circa 150/170 mila richieste di risarcimento. Al 2005, i procedimenti pendenti davanti ai tribunali italiani per ipotesi di responsabilità sanitaria sarebbero circa 12/15 mila. E il dato è attualmente in crescita. Una situazione anomala rispetto al resto d'Europa, dove le leggi che regolano la responsabilità medica sono più flessibili a seconda dei casi specifici, a garanzia della salute del paziente ma anche a tutela della professione medica

Senato della Repubblica XVI Legislatura **Disegno di legge n. 352 d'iniziativa dei senatori Carrara, Bianconi e Colli**

Disposizioni in materia di assicurazione per la responsabilità civile delle aziende sanitarie

Art. 1. (Assicurazione obbligatoria RCT-RCO delle aziende sanitarie)

1. È fatto obbligo a ciascuna azienda sanitaria del Servizio sanitario nazionale (SSN), a ciascuna struttura o ente privato operante in regime autonomo o di convenzione con il SSN ed a ciascuna struttura o ente che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi, di dotarsi di copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi (RCT) e per responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a vantaggio dei propri dipendenti e collaboratori, del personale tutto, a qualunque titolo operante, e di qualsiasi soggetto che si sottoponga a prestazioni sanitarie o si trovi, a qualunque titolo, a frequentare quegli ambiti.

2. Il massimale minimo per le garanzie di cui al comma 1 è fissato dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano con cadenza biennale. In prima applicazione, esso non può essere inferiore a euro 10.000.000.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee guida per l'applicazione dell'obbligo di stipula di polizza assicurativa RCT-RCO per le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1.

4. La stipula e la vigenza del-

la polizza assicurativa, in coerenza con le linee guida di cui al comma 3, è condizione per l'accreditamento o la convenzione di enti o strutture private e per il finanziamento dell'attività di istituto per le aziende sanitarie del SSN.

5. L'assicuratore non può opporre al terzo eccezioni di carattere contrattuale, tranne che si tratti di mancato versamento del premio; in tale ipotesi, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1901 del codice civile.

Art. 2. (Contenuto della garanzia assicurativa)

1. Per effetto del ricorso a prestazioni sanitarie presso aziende, enti e strutture di cui all'articolo 1, comma 1, si instaura tra il soggetto richiedente e l'azienda, ente o struttura erogante un rapporto di carattere contrattuale.

2. Oggetto della garanzia assicurativa è il risarcimento del danno che, per effetto di inadempimento o di altro comportamento, di natura colposa, sia derivato al terzo per fatto comunque riconducibile alla responsabilità dell'azienda, ente o struttura che ha erogato la prestazione.

3. La garanzia assicurativa comprende altresì il risarcimento del danno o l'indennizzo che spetta allo Stato, all'ente territoriale di riferimento, all'azienda, ente o struttura privata, limitatamente al rapporto di accreditamento o convenzione, per fat-

to colposo del dipendente che determini un pregiudizio di natura patrimoniale.

4. La garanzia assicurativa RCO vale per i soggetti che, a qualunque titolo, svolgano attività lavorativa presso le aziende, enti e strutture di cui all'articolo 1, comma 1, e per i quali sia prevista l'obbligatoria iscrizione all'assicurazione INAIL, a prescindere dal fatto che la stessa sia stata effettivamente svolta. Sono espressamente ricompresi nella medesima garanzia assicurativa i soggetti che, a titolo precario e senza corrispettivo, frequentino, anche occasionalmente, gli ambiti suddetti a meri fini di apprendimento.

5. Ai fini della presente legge, i beneficiari della garanzia RCO sono terzi tra loro e verso il soggetto giuridico di appartenenza.

6. La garanzia assicurativa RCT-RCO è obbligatoriamente estesa alla responsabilità personale del singolo operatore presso i soggetti di cui all'articolo 1, comma 1. A tal fine, è escluso il diritto di rivalersi verso il responsabile da parte dell'assicuratore e delle aziende, enti e strutture di appartenenza, tranne che in caso di dolo.

Art. 3. (Esercizio dell'azione)

1. Il soggetto danneggiato esercita l'azione diretta convenendo in giudizio l'azienda, ente o struttura di cui all'articolo 1, comma 1, e l'assicuratore.

2. È ammessa la liquidazione,

con ordinanza provvisoriamente esecutiva, in ogni stato e grado del giudizio, di somme a titolo di anticipazione sul risarcimento del danno o sull'indennizzo, qualora ricorrano i contemporanei presupposti dei gravi indizi di responsabilità e dello stato di bisogno.

Art. 4. (Unità di risk management)

1. Ciascuno dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 1, individua, all'interno della propria organizzazione o con il ricorso a soggetti esterni specialisti della materia, una unità di risk management alla quale compete, salvo integrazioni da definirsi dalle regioni o dalle province autonome di Trento e di Bolzano e salvo il potere organizzatorio delle singole aziende:

a) di definire le procedure di cui alla presente legge anche attraverso arbitrati;

b) di individuare, anche in contraddittorio con gli organi di prevenzione interni quali indicati dalle vigenti disposizioni in materia di sicurezza e salute dei lavoratori, le situazioni e le prestazioni sanitarie potenzialmente rischiose, anche sotto il profilo dell'organizzazione del lavoro, indicando le soluzioni da adottare per il loro superamento;

c) di interagire con i soggetti coinvolti e con l'assicuratore ogniquale si verifichi un fatto che importi l'attivazione della copertura assicurativa obbligatoria;

d) di costituire organo di consulenza in materia assicurativa, di analisi del rischio e di adozione di presidi o procedure per il suo superamento a vantaggio dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 1, e di quanti, nel loro ambito, siano dotati di poteri decisionali.

Art. 5. (Rinvio alla contrattazione collettiva)

1. I principi di cui alla presente legge non sono derogabili in pejus nell'ambito della contrattazione collettiva, pubblica o privata, relativa alla dirigenza ed al comparto sanitario.

2. Spetta alla contrattazione collettiva nazionale, regionale e locale di adattare i principi di cui alla presente legge alle singole realtà di settore e di risolvere l'applicazione dei medesimi riguardo a istituti peculiari quali l'esercizio della libera professione intramuraria, anche allargata.

Art. 6. (Disposizione finale)

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, cessano di avere efficacia le disposizioni dell'articolo 21 del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area della dirigenza medico-veterinaria del SSN, di cui all'Accordo in data 3 novembre 2005, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2005.