

AC 2365 “Misure di garanzia per l’erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria”

Audizione resa, per Anaa Assomed, dalla Dott.ssa Chiara Rivetti

Segretaria Regionale Anaa Assomed Piemonte e Componente Esecutivo Nazionale Anaa Assomed

Roma, 27 maggio 2025

Illustre Presidente, Illustri Componenti la Commissione,

ringrazio la dodicesima Commissione Affari Sociali della Camera per aver invitato l’Anaa Assomed, Associazione maggiormente rappresentativa della Dirigenza medica e sanitaria dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, a prendere parte a questo ciclo di audizioni sul disegno di legge AC 2365 “*Misure di garanzia per l’erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria*”

Disegno di legge che affronta diverse questioni in materia sanitaria quali quelle sul reclutamento del personale, su accesso ai concorsi in materia di professione di fisico, sul conferimento di incarichi agli specializzandi, sul trattenimento in servizio di personale docente a tempo pieno, sulla premialità, sui limiti di spesa per l’acquisto di prestazione da soggetti privati accreditati, sulla riorganizzazione della rete dei laboratori e ruolo della cosiddetta farmacia dei servizi e ancora sulla salute mentale, sull’istituzione della Scuola Nazionale dell’Alta Amministrazione Sanitaria, sull’utilizzo dello strumento della telemedicina per certificazioni mediche, sull’accesso agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sui bilanci degli ordini professionali.

Come già illustrato in audizione al Senato, il disegno di legge, però, appare privo di una strategia di lungo periodo agendo in una logica di “*emergenza*” senza fornire una pianificazione chiara e un quadro programmatico generale. Servono correzioni per garantire certezza dei tempi e risorse appropriate, serve un cambio di rotta reale perché i professionisti che operano nella sanità pubblica, continuando a garantire, nonostante tutto, l’esigibilità del diritto costituzionale alla salute, vanno gratificati, non aggrediti o additati al pubblico ludibrio. Anche per il bene dello stesso Servizio Sanitario Nazionale e dei cittadini che vi si rivolgono.

Servono riforme di struttura per prendersi cura dell’impianto del sistema che si sta sgretolando sotto l’effetto della carenza di risorse, umane ed economiche. Servono investimenti mirati sul fattore umano.

La crisi della sanità pubblica italiana è il prodotto di almeno quindici anni di sottofinanziamento, mancato ricambio, blocchi del turnover, tagli lineari e riforme lasciate a metà. Figlia non di una singola stagione politica.

Chi continua a lavorare nel sistema sanitario nazionale deve essere assunto come interlocutore, parte della soluzione del problema non delle cause. O, peggio, come responsabile di inefficienze che ha subito, non causato. Le parole sull’intramoenia sono l’esempio più evidente di questo fraintendimento strutturale. Le accuse di mala sanità nei confronti dei dirigenti sanitari ne sono un’altra. E l’elenco sarebbe lungo.

Senza valorizzare la professione medica non è solo il sistema a non reggere, ma non reggono più neppure tutti quei professionisti che ogni giorno, nonostante tutto continuano ad erogare più di 2 milioni di prestazioni rigorosamente gratuite. Chiunque intenda di volere affrontare la crisi attuale dovrebbe partire dal riconoscere ciò che ancora tiene. E ciò che tiene, spesso, è garantito da chi continua a esserci, nonostante tutto, rappresentando una risorsa preziosa nel contrastare la nuova emergenza certificata dal rapporto ISTAT. La aspettativa di vita in buona salute continua a ridursi, specie al Sud: la aspettativa di una donna in salute si ferma a 54 anni, quasi 10 in meno rispetto alle coetanee del Nord-est. Mentre un italiano su dieci (6 milioni) ha smesso di curarsi, sopraffatto da liste d'attesa infinite e costi insostenibili. Il ricorso al privato dilaga, ma solo chi può pagare accede.

Veniamo alle considerazioni sul testo e alle proposte

L'ARTICOLO 3 istituisce, presso il Ministero della Salute, il registro cui accedono i cittadini, tramite il sito istituzionale del medesimo Ministero, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La proposta che Anaaò sottopone alla Commissione è di inserire, tra i componenti, anche i rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica e veterinaria.

L'ARTICOLO 4

Una considerazione va fatta altresì sull'articolo 4 che, al fine di garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste di attesa, consente agli specialisti ambulatoriali interni già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi, di effettuare ore di lavoro straordinario con la possibilità di incrementare fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, laddove inferiore, la tariffa oraria prevista dall' Accordo collettivo nazionale.

Si rileva tuttavia come il finanziamento di tale misura (fino a 100 milioni di euro per gli anni 2025-2026), non sia aggiuntivo, ma attinga da risorse già stanziare dall'articolo 1, comma 220 della legge 213/2023 (che stanziava 280 milioni di euro, 200 per la dirigenza e 80 per il comparto). Un finanziamento del genere ridurrebbe del 50% le risorse già destinate in via esclusiva al personale medico dirigente del SSN per remunerare le stesse prestazioni svolte dagli specialisti ambulatoriali interni. L'Anaaò Assomed mostra totale contrarietà a tale disposizione e ne richiede una revisione

L'ARTICOLO 7 detta disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario, nell'intento altresì di contrastare il fenomeno dei cd. "gettonisti" e reinternalizzare i servizi sanitari appaltati a operatori economici privati prevedendo di reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria e delle professioni sanitari attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga alla normativa vigente.

L'Anaaò Assomed esprime totale contrarietà a questa disposizione che consente, in deroga ai principi di reclutamento previsti per l'accesso alla dirigenza sanitaria, forme "atipiche" di reclutamento che preludono alla nascita di un nuovo precariato attraverso contratti di tipo co.co.co., facendo entrare dalla finestra ciò che era uscito dalla porta ovvero l'eliminazione delle cooperative e del lavoro a cottimo che il ministro Schillaci due anni fa aveva di fatto vietato con un decreto ad hoc.

Se ne chiede l'abrogazione.

Nel 2024, l'Anac ha proseguito l'analisi del fenomeno dei cc.dd. gettonisti nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN), pubblicando il 25 febbraio 2025 il "Secondo Rapporto". L'esternalizzazione del personale sanitario, spesso caratterizzata da contratti particolarmente onerosi per il SSN e da servizi non adeguati, pone rischi per la salute dei pazienti e compromette la valorizzazione delle risorse professionali interne, privando le amministrazioni del loro patrimonio più prezioso. Questo modus operandi, affermatosi in maniera marcata durante la pandemia, ha prodotto effetti distorsivi sul mercato dei contratti pubblici per la fornitura di personale medico, con un incremento dei costi di approvvigionamento e una riduzione della qualità dei servizi. Ed appare senza limiti se è aumentato del 30% nel 2024 rispetto all'anno precedente.

Occorre, invece, favorire il ritorno a un sistema di reclutamento basato su concorsi pubblici trasparenti e meritocratici, in grado di garantire un'adeguata remunerazione al personale medico e infermieristico.

Più appropriato e preferibile pensare ad una semplificazione delle procedure concorsuali ad uno snellimento delle stesse, semplificando anche le disposizioni in materia di composizione delle commissioni concorsuali della dirigenza sanitaria.

L'ARTICOLO 8 incrementa il tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, quale misura concorrente all'ordinata erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026. Si prevede inoltre che le risorse relative a questo ulteriore incremento siano prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali che vengono erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso ed inserite nella rete dell'emergenza, a seguito di accesso in pronto soccorso, con codice di priorità più elevato (rosso o arancio). Una rideterminazione già compiuta dalla legge di bilancio per il 2024 e negli stessi termini dell'articolato che si sta esaminando dalla legge di Bilancio per il 2025.

Si continua a erogare risorse al privato accreditato che si aggiungono ai 980 milioni, in tre anni, concessi dalla legge di bilancio 2024 e alla rideterminazione di 184,5 per altri due anni concessi dalla legge di bilancio 2025, per un totale di 1165,5 milioni di euro. Senza mettere in discussione che il privato accreditato è parte importante del Servizio Sanitario Nazionale, ribadiamo anche che il sistema di accreditamento risponde a una normativa vecchia, superata non verificata e che meriti una riforma nuova.

Tra le ulteriori misure in materia sanitaria da inserire nel disegno di legge, ci preme attenzionare le seguenti fattispecie: l'organizzazione del lavoro, le progressioni di carriera dei dirigenti medici e sanitari, il cosiddetto "scudo penale", la libera professione intramuraria e altre disposizioni in materia di dirigenza sanitaria non medica.

1. L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

L'articolo 5 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 rubricato "potere di organizzazione" al comma 2 prevede che *"Nell'ambito delle leggi e degli atti organizzativi di cui all'articolo 2, comma 1, le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro, nel rispetto del principio di pari opportunità, e in particolare la direzione e l'organizzazione del lavoro nell'ambito degli uffici, sono assunte in via*

esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro, fatte salve la sola informazione ai sindacati ovvero le ulteriori forme di partecipazione, ove previsti nei contratti di cui all'articolo 9."

Le caratteristiche del ruolo e la specificità della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria disciplinata dall'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, rispetto al resto della dirigenza pubblica, necessitano che le materie dell'orario di lavoro e dell'organizzazione del lavoro siano negoziabili tra le parti collettive. Pertanto si richiede di escludere per la dirigenza medica veterinaria e sanitaria disciplinata dall'articolo 15 del d.lgs. 502 del 1992, le materie relative alla regolamentazione dell'orario di lavoro e all'organizzazione del lavoro dalla disciplina di cui comma 2 del decreto legislativo 165/2001, in ragione della specificità di tale settore del pubblico impiego e dei particolari interessi e beni tutelati.

Tale modifica normativa non comporta alcun onere di spesa a carico della finanza pubblica

2.LE PROGRESSIONI DI CARRIERA DEI DIRIGENTI DI CUI ALL'ARTICOLO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO 502/1992

La dirigenza sanitaria – a differenza di quanto previsto per la dirigenza delle amministrazioni dello Stato – è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali conferibili a ciascun dirigente nell'ambito di un percorso di crescita professionale ben tracciato dalla legge.

Nello specifico, l'art. 15, comma 4 dispone che *"All'atto della prima assunzione, al dirigente sanitario sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile della struttura e sono attribuite funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. A tali fini il dirigente responsabile della struttura predispone e assegna al dirigente un programma di attività finalizzato al raggiungimento degli obiettivi prefissati ed al perfezionamento delle competenze tecnico professionali e gestionali riferite alla struttura di appartenenza. In relazione alla natura e alle caratteristiche dei programmi da realizzare, alle attitudini e capacità professionali del singolo dirigente, accertate con le procedure valutative di verifica di cui al comma 5, al dirigente, **con cinque anni di attività con valutazione positiva sono attribuite funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nonché possono essere attribuiti incarichi di direzione di strutture semplici.**"*

In sostanza, la vigente normativa prevede una progressione della carriera del dirigente sanitario scandita dal raggiungimento di una specifica soglia temporale, rappresentata dai primi cinque anni di attività dirigenziale, superata la quale l'autonomia, le funzioni e le responsabilità del dirigente si "accrescono" attraverso l'attribuzione di incarichi di maggior rilievo economico e professionale.

La contrattazione collettiva di settore (v. artt. 22, 23 e 24 del Ccnl 23.01.2024 – Area Sanità) è aderente al solco tracciato dal Legislatore. Pertanto, in base al combinato disposto delle disposizioni di legge e di contratto collettivo, l'inquadramento della dirigenza sanitario è imperniato sulla distinzione tra dirigenti di nuova assunzione ed altri dirigenti con maggiore anzianità di servizio. Ai dirigenti neoassunti, dopo il superamento del periodo di prova, sono affidabili le sole funzioni mediche di diagnosi e di cura (denominate "compiti professionali" dall'art. 15, comma 4, D.Lgs. n. 502/1992), con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi

del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività (art. 22, par. II, lett. d), Ccnl 2019-2021). Solo dopo cinque anni di attività dirigenziale (anche svolta presso altre amministrazioni) ed in presenza di una valutazione positiva del Collegio tecnico – sono attribuibili incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, oppure gli incarichi di natura gestionale, quali la responsabilità di strutture semplici o semplici a valenza dipartimentale (cfr. art. 15, co. 7-quater, D.Lgs. n. 502/1992) e gli incarichi di struttura complessa, con la differenza che per quest’ultimi è richiesta dalla specifica normativa (art. 15, comma 7-bis, D.Lgs. n. 502/1992 e DPR n. 484/1997) un’anzianità di servizio di almeno 7 anni.

La proposta che Anaao sottopone alla Commissione è diretta a favorire una più rapida crescita professionale dei medici e sanitari neoassunti, anche nell’ottica di rendere più “appetibile” l’ingresso dei giovani specialisti nel SSN, eliminando il vincolo di anzianità quinquennale con riferimento agli incarichi di tipo professionale, lasciando invece immutato il requisito di esperienza richiesto per lo svolgimento di funzioni di natura gestionale.

3.LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

Una attenzione particolare va posta con riguardo all’applicazione nelle Aziende dell’articolo 4, comma 2 del decreto legge cosiddetto “liste d’attesa” – DL 7 giugno 2024, n. 73 convertito in legge 29 luglio 2024, n. 107, ed in particolare agli effetti negativi che l’applicazione testuale di tale articolato sta procurando in molte Regioni dove alcuni Direttori Generali, applicando erroneamente la normativa, hanno sospeso la libera professione intramuraria in spregio peraltro alla ratio stessa della norma che finalizza l’attività LPI all’abbattimento delle liste d’attesa, comportando danni sia ai professionisti che all’utenza. Questa Associazione aveva già attenzionato il problema in sede di audizione durante la conversione del decreto, ribadendo che la disposizione, così come formulata avrebbe determinato problemi applicativi, con il rischio di generare numerosi contenziosi. Attivare infatti meccanismi “polizieschi” di controllo su ciascun singolo dirigente, rappresenta una modalità d’azione assolutamente non in linea con le disposizioni vigenti in materia. Si aggiunga ancora che ciascun dirigente, in particolare di I livello, è soggetto all’organizzazione interna proposta dal direttore di UOC o responsabile di UOSD, che assegna le varie azioni da svolgere nella propria unità, decidendo, di conseguenza, il tipo e il volume di prestazioni che ciascun dirigente svolge e quindi, se considerate singolarmente, anche le prestazioni libero-professionali di ciascuno, potendo determinare gravi squilibri.

In particolare il decreto liste d’attesa attribuisce alla direzione aziendale la verifica dell’attività libero professionale con il potere di applicazione di misure, ivi compresa la sospensione dell’attività, nel momento in cui non è assicurato il corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività libero professionale , con il divieto che l’attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente e per ciascun professore e ricercatore universitario un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionale. Come previsto dall’articolo 15quinqies del d.lgs. 502/1992, che tuttavia rinvia alla disciplina contrattuale nazionale la definizione del corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale nel rispetto dei seguenti principi: l’attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero professionale, che viene esercitata nella

salvaguardia delle esigenze del servizio e della prevalenza dei volumi orari di attività necessari per i compiti istituzionali; devono essere comunque rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e **aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali concordati con le équipe globalmente considerati**

Il decreto legislativo 502 al l'articolo 1, co.5 dispone che *"Ogni azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, policlinico universitario a gestione diretta ed IRCCS di diritto pubblico predispongono un piano aziendale, concernente, con riferimento alle singole unità operative, i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria."*.

Inoltre lo stesso contratto collettivo Area Sanità triennio 2019-2021 all'articolo 88, c.5 dispone che *"l'Azienda o Ente negoziano in sede di definizione annuale di budget, con i dirigenti responsabili delle équipe interessate, nel rispetto dei tempi concordati, **i volumi di attività istituzionale** che devono essere comunque assicurati in relazione alle risorse assegnate. Di conseguenza concorda con i singoli dirigenti e con le équipe interessate i volumi di attività libero-professionale intramuraria. Tali volumi svolti dai dirigenti, anche di unità operative complesse, in rapporto esclusivo, non possono in alcun caso superare i volumi di attività istituzionale e il loro esercizio è modulato in conformità alle linee di indirizzo regionale di cui all'art. 7, comma 1, lett. d) (Confronto regionale), prevedendo appositi organismi paritetici di verifica ed indicando le sanzioni da adottare in caso di violazione di quanto concordemente pattuito"*.

Alla luce di quanto sopra i chiede di tenere conto delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

4. LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE: LO SCUDO PENALE

La sicurezza delle cure che, come ben detto nell'articolo 1 della legge 8 marzo 2017, n. 24 (legge Gelli Bianco), è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività, si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Tutto ciò è possibile solo se si combatte la cosiddetta "medicina difensiva" che oltre ad essere un danno per l'esercente la professione sanitaria lo è anche per il paziente e per il sistema tutto.

Quanto sopra è realizzabile solo restituendo al professionista quella tranquillità necessaria a garantire l'esercizio della propria professione atta a "reificare" il diritto alla salute, diritto costituzionalmente garantito.

Per tali motivi chiediamo che sia reso strutturale, il cosiddetto "scudo penale", già previsto nell'ordinamento giuridico, come primo passo di una riforma organica in materia di responsabilità professionale. L'esigenza di tutelare il personale sanitario nel periodo pandemico (Decreto Legge 1° aprile 2021, n. 44, o "scudo penale") ha suggerito la necessità di apportare una revisione permanente all'art. 590 sexies c.p., anche in considerazione dell'elevata alea insita nella maggior parte degli atti sanitari, nonché delle carenze di carattere organizzativo e di personale cui fanno fronte quotidianamente gli operatori.

Sul punto va tenuto conto che il notevole numero di procedimenti penali avviato nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie, che peraltro esitano nella quasi totalità dei casi con il proscioglimento, ha quale nota conseguenza l'incremento della medicina difensiva con aggravio di costi per la sanità pubblica, oltre all'inevitabile ed ulteriore ingolfamento delle liste di attesa.

Abbiamo pertanto accolto con favore l'intervento legislativo introdotto nell'articolo 4, commi 8-septies e 8octies del decreto legge 30/12/2023, n. 215 convertito in legge 23 febbraio 2024, n.18 che ha esteso la limitazione della punibilità ai soli casi di colpa grave, a tutti i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale commessi fino al dicembre 2024 (prorogata a tutto il 2025 dal decreto milleproroghe per il 2025) nell'esercizio di una professione sanitaria in situazione di grave carenza di personale sanitario. Ai fini della valutazione della colpa si tiene conto delle condizioni di lavoro dell'esercente la professione sanitaria dell'entità delle risorse umane materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero de casi da trattare del contesto organizzativo in cui i fatti sono commessi nonché del minor grado di esperienza e di conoscenze teoriche possedute dal personale sanitario.

Allo stato dell'arte, vista la temporaneità della norma chiediamo di rendere strutturale tale disposizione.

5.ALTRE DISPOSIZIONI SULLA DIRIGENZA SANITARIA

La modifica dell'articolo 1, comma 161 della legge 30 dicembre 2023, n. 213

È necessario attenzionare la questione della dirigenza sanitaria che molte volte viene "dimenticata" dal legislatore. In particolare il primo riferimento è all'articolo 1, comm1 161 e 218 della legge 213/2023, all'articolo 4, co. 11 del decreto legge 27/12/2024, n. 202, convertito in legge 21 febbraio 2025, n. 15.

L'articolo 1, comma 161 della legge 213/2023, riformulato nel corso di conversione della legge in Senato, ha introdotto per gli iscritti alla CPS (Medici e veterinari) nonché per gli iscritti alla CPDEL che cessano l'ultimo rapporto di lavoro da infermieri, che posticipino il pensionamento rispetto al primo termine possibile, un criterio specifico di riduzione degli effetti negativi dei nuovi criteri di calcolo. Per tali soggetti (sempre che l'ultimo rapporto di lavoro, precedente il pensionamento, abbia riguardato il profilo di medico veterinario e di infermiere), la misura della riduzione derivante dai suddetti nuovi criteri viene a sua volta ridotta in misura pari a un trentaseiesimo per ogni mese di posticipo dell'accesso al pensionamento rispetto alla prima decorrenza utile; al riguardo, la norma richiama la finalità di concorrere a garantire la tutela della salute.

Nel novero delle categorie che usufruiscono di tale riduzione non sono inclusi i dirigenti sanitari e i dirigenti le professioni infermieristiche (iscritti alla CPDEL) che al pari di medici veterinari ed infermieri concorrono a garantire *"un efficace assolvimento dei compiti primari di tutela della salute e di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza"*, creando pertanto una grave disparità di trattamento.

Per quanto sopra si chiede l'inserimento di tali categorie.

Il secondo riferimento riguarda la modifica all'articolo 1, comma 218 della legge 30 dicembre 2023, n. 213

L'articolo 1, comma 218 della legge 213/2023 prevede che al fine di far fronte alla carenza di personale sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) nonché di ridurre le liste d'attesa e il ricorso alle esternalizzazioni, l'autorizzazione agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità - triennio 2016-2018, del 19 dicembre

2019, prevista dall' articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, si applica fino al 31 dicembre 2026 ed è estesa, dall'anno 2024 all'anno 2026, a tutte le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico.

Nel novero delle categorie che usufruiscono di una rideterminazione della tariffa prevista per le prestazioni aggiuntive (essendo citati solo i medici, meglio sarebbe la dirigenza medica) non sono inclusi i dirigenti sanitari e i dirigenti le professioni infermieristiche categorie cui fa riferimento l'articolo contrattuale che definisce l'istituto delle prestazioni aggiuntive (art. 115, co. 2 del CCNL Area sanità, ora art. 89 commi 2-3 del CCNL 2019-2021 Area sanità) e che al pari dei medici concorrono a garantire "la riduzione delle liste d'attesa", creando pertanto una grave disparità di trattamento.

Per quanto sopra si chiede l'inserimento di tali categorie.

Da ultimo si attenziona la modifica all'articolo 4, comma 11 del decreto legge 27/12/2024, n. 202 convertito in legge 21 febbraio 2025, n. 15

L'articolo 4, comma 11 del decreto legge 27/12/2024, n. 202, convertito in legge 21 febbraio 2025, n. 15 prevede che, al fine di far fronte alla carenza di personale sanitario negli enti e nelle aziende del Servizio sanitario nazionale nonché di ridurre le liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nel l'anno 2025, possono incrementare, a valere sul livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2025, la spesa per prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto dipendenti dei medesimi enti e aziende i cui compensi sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.

Nel novero delle categorie che usufruiscono di tali disposizioni non sono inclusi i dirigenti sanitari.

Per quanto sopra si chiede l'inserimento di tali categorie.

Dott. Pierino Di Silverio

Segretario Nazionale Anaaao Assomed