

---

**DL 30.03.2023 n. 34 – artt. 10-16.**

**OSSERVAZIONI**

**Art. 10 commi da 1 a 6.**

Tutta la disciplina del d.lgs. 502/1992 esclude che le attività riconducibili ai LEA possa essere svolta direttamente da soggetti diversi

*“dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies (art. 8 bis co. 1)”.*

E' ammesso l'esercizio di attività sanitarie ad opera di terzi (privati) purché:

- siano autorizzate ex art. 8 ter
- siano accreditate ex art. 8 quater
- costituiscano oggetto di accordi contrattuali ex art. 8 quinquies.

In pratica, **sono ammesse le attività sanitarie svolte per conto del SSN e a carico del SSN da strutture convenzionate, autorizzate e accreditate.**

Quindi, in linea di principio, le attività che la legge demanda al SSN non possono essere svolte da altri soggetti che non siano i presidi del SSN e le strutture private di cui sopra.

E' indubbio che

*I servizi medici e infermieristici .... nei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri (art. 10 co. 1 e 2 dl 34/23) sono attività proprie del SSN e, come tali, **non** affidabili (appaltabili) a chiunque, compresi gli operatori economici che si avvalgono di personale medico e infermieristico trattandosi di soggetti non autorizzati e non accreditati le cui prestazioni non possono essere contrattualizzate con il SSN.*

A ciò si aggiunga che la mera somministrazione di manodopera (personale) è *ex lege* riservata alle Agenzie per il Lavoro iscritte nell'apposito Albo presso il Ministero del Lavoro (art. 4 d.lgs. 276/2013), così come – peraltro – sentenziato da Cons. Stato Sez. 3, 12 marzo 2018, n. 1571.

Inoltre, l'art. 36 co. 2 d.lgs. 165/2001 vieta la somministrazione di lavoro *“per l'esercizio di funzioni direttive e dirigenziali”*.

Peraltro, la disciplina contenuta nel codice dei contratti pubblici, d. lgs. n. 50/2016, agli artt. 142 (Pubblicazione degli avvisi e dei bandi) e 143 (Appalti riservati per determinati servizi), collocati nella parte II (Contratti di appalto per lavori servizi e forniture), titolo VI (Regimi particolari di appalto), capo II (Appalti di servizi sociali e di altri servizi nei settori ordinari), contiene un espresso riferimento ai servizi sanitari (co. 5 bis), riconducibili all'ambito dei servizi sociali.

In particolare, ai sensi del primo comma dell'art. 142,

*“Le stazioni appaltanti che intendono procedere all'aggiudicazione di un appalto pubblico per i servizi di cui all'allegato IX rendono nota tale intenzione con una delle seguenti modalità: ...”. L'allegato IX considera, tra i servizi sanitari, i **“servizi di fornitura di personale medico”**, a cui è attribuito il codice CPV “79625000-1”.*

Senonchè, la giurisprudenza che si è formata al riguardo

- **Cons. Stato 2011, n. 1698**, relativa ad una procedura di gara indetta per l'affidamento a terzi del servizio di assistenza ortodontica;
- **Cons. Stato 2007, n. 5587**, relativa ad una procedura di gara indetta per l'affidamento a terzi dei servizi di cura domiciliare;
- **Cons. Stato 2003, n. 4594**, relativa all'affidamento di servizi sanitari ad una società a partecipazione pubblica;
- **TAR Campania 2021, n. 1319**, relativa all'affidamento di servizi sanitari ad un operatore privato non autorizzato, né accreditato.

si è ritenuto che sia *di regola* inammissibile l'affidamento a terzi, con pubblica gara, delle attività strettamente inerenti alla cura della persona, il cui compimento da parte di un soggetto diverso da quelli individuati dall'art. 8-bis, c. 1, d. lgs. n. 502/1992, non può prescindere, ai sensi dell'art. 8-bis, c. 3, dall'*accreditamento istituzionale ex art. 8-quater* e dalla stipulazione di specifici *accordi contrattuali ex art. 8-quinquies*.

E, dunque, anche la disciplina del codice dei contratti pubblici va letta in coerenza con questa impostazione.

Dunque, riteniamo che l'intera disciplina di cui all'art. 10 commi da 1 a 6 compresi vada rivista alla luce delle disposizioni di legge sopra menzionate.

In subordine.

**Art. 10 co. 1:** riteniamo che la "*verificata impossibilità*" debba essere "*oggettiva*" ai sensi dell'art. 7 co. 6 d.lgs. 165/01 e certificata dal direttore delle risorse umane

**Art. 10 co. 2:** la limitazione dei servizi di cui al co. 1 ai "*servizi di emergenza-urgenza ospedalieri*" deve specificare se ricomprende anche i servizi di Pronto Soccorso della Pediatria e Ostetricia; in ogni caso, senza lo sblocco del tetto di spesa del personale continueranno a trovarsi -in "*grave carenza di organico*" anche gli altri servizi ospedalieri (anche utilizzando le specifiche procedure di cui alla legge 145/2018 art. 1 commi 547 e segg. - 548 bis o alla stabilizzazione del personale precariamente assunto).

**Art. 10 co. 2:** Al fine di assicurare la sicurezza delle cure, occorre tenere presente che, ad oggi, non esiste nell'ordinamento per i dirigenti medici una disposizione che regoli "*l'accesso a posizioni equivalenti all'interno degli enti del SSN*" perché le stesse non sono definite sulla base di "*requisiti di professionalità*". In materia di assunzione per il personale dirigenziale medico, sono individuate specifiche "*discipline*" che possono essere "*equipollenti o affini*". Si tratta, pertanto, di individuare a quale tipologia (di titolo, non di professionalità) si intenda fare riferimento.

**Art. 10 co. 5:** i contratti stipulati in violazione della disciplina di cui ai commi 1, 2 e 4 sono nulli.

**Art. 10 co. 6:** la interruzione volontaria del rapporto di lavoro per svolgere servizio presso un operatore privato non può essere ragione per non poter successivamente richiedere la ricostituzione del rapporto di lavoro. Piuttosto, andrebbe sanzionato con il licenziamento ad nutum (già contemplato dal vigente ccnl) chi svolge in contemporanea le due attività poiché in violazione del vincolo di esclusività.

**Art. 10 co. 7:** la reinternalizzazione dei servizi attraverso il reclutamento, con apposita e consistente riserva, di personale che abbia svolto attività lavorativa alle dipendenze di operatori economici privati rischia di immettere in ruolo soggetti che non possiedono i requisiti richiesti dal dpr 483/97 per la ordinaria assunzione in servizio di dirigenti medici.

## **Art. 11**

**Art. 11 co. 1:** nell'ambito delle azioni di "deterrenza" circa l'utilizzo delle Cooperative, riteniamo necessario il ricorso alle prestazioni aggiuntive del personale medico e sanitario precedendo, in deroga alla contrattazione aziendale, con previsione di una tariffa non inferiore a € 100,00 per i medici e € 50,00 per il personale infermieristico, al netto degli oneri riflessi a carico delle Amministrazioni.

Tuttavia, il comma, così come formulato, induce le Amministrazioni a non ricorrere alle prestazioni aggiuntive laddove non ne sia previsto l'obbligo in quanto lascia alle stesse una eccessiva discrezionalità (a partire da quando si può ricorrere alle prestazioni aggiuntive? Tutte le volte in cui oggi è utilizzato l'appalto?). Da qui l'esigenza che sia introdotto l'obbligo a carico delle Aziende nel prioritario ricorso alle prestazioni aggiuntive.

Si osserva, infine, che il finanziamento ivi contemplato andrebbe adeguato a fronte delle somme che, ad oggi, si spendono in prestazioni appaltate: secondo quanto esposto nel Dataroom del Corriere della Sera del 15.1.23, solo nel 2022 e nelle principali regioni del nord Italia, i turni appaltati in Lombardia, Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna hanno superato i 100 mila.

## **Art. 12.**

**Art. 12 co. 1:** si concorda con i principi esposti nel comma 1, in particolare si sostiene il passaggio, alla dipendenza dei medici convenzionati del 118; Si sottolinea, tuttavia, come la formazione continua successiva gestita dalle Azienda è, allo stato, poco realizzabile in quanto il relativo fondo non è mai stato istituito e comunque, le esigenze lavorative bypassano qualsivoglia velleità di crescita professionale.

**Art. 12 co. 2 e 3:** La normativa vigente consente l'assunzione, (garantita negli aspetti retributivi di contorno e relativi istituti assistenziali e previdenziali) di medici laureati iscritti ai corsi di specializzazione ma senza una reale stabilizzazione dei medici la modalità prevista rischia un incremento del precariato. Agli oneri accessori della retribuzione compresi in euro 40 lordi all'ora va aggiunta, per la tranquillità del soggetto e un minimo di garanzia per l'utenza, una assicurazione professionale adeguata (di costo significativo in ragione della scarsa professionalità dei potenziali interessati).

**Art. 12 co. 5:** la scelta premiale a favore di chi "opera" nei servizi di emergenza-urgenza sconta la generica definizione dei beneficiari in quanto il riferimento alla mera "operatività" non tiene conto dell'effettività dell'appartenenza del soggetto a quei servizi e può riguardare anche chi, occasionalmente, vi abbia lavorato. Corre l'obbligo evidenziare che i soggetti, pubblici dipendenti o convenzionati, che possano fruire di "pensionamento anticipato", si identificano con coloro che hanno raggiunto i 64 anni di età e 38 anni di contributi al 31.12.2022; in tal caso si corre il rischio di depotenziare professionalmente e in modo significativo le presenze nei servizi in questione per un periodo non certamente breve (come minimo tre anni, da 64 a 67 anni).

## **Art. 13.**

**Art. 13 co. 1:** la norma prevede implicitamente la possibilità di esercitare libera professione (anche extramoenia) per gli operatori delle professioni sanitarie legati, fino ad ora, dal vincolo di esclusività con il SSN. La ratio della decisione è in contrasto con la carenza diffusa anche di quel tipo di personale. Se la norma assume valenza premiante per le professioni sanitarie, riteniamo questa l'occasione per regolamentare, nel senso di una maggiore liberalizzazione, anche la libera professione dei medici oggi fortemente penalizzati dalla non opzione per la esclusività del rapporto con il SSN.

## **Art. 14.**

**Art. 14 co. 1:** utilizzo generalizzato, con contratto a tempo determinato, delle graduatorie per gli specializzandi fino al conseguimento del titolo di formazione specialistica. Riteniamo necessario

assicurare il successivo collocamento di costoro nei ranghi della dipendenza una volta maturato il diploma di specializzazione poiché il co. 548 dello stesso art. 1 L. 145/2018 si limita a prevedere l'”eventuale assunzione”.

**Art. 15.**

**Art. 15 co. 4:** evidenziamo come si applicano anche al personale medico e infermieristico le regole del decreto flussi, con il rischio di contraddire il presupposto applicativo della intera norma che vorrebbe fronteggiare “*la grave carenza di personale sanitario e socio-sanitario*” sul territorio nazionale.

**Art. 16.**

**Art. 16 co. 1:** concordiamo sull'inasprimento delle pene per le lesioni cagionate al personale sanitario in occasione o a causa del servizio. Tuttavia, atteso che il fenomeno rischia di diventare endemico, occorre implementare una seria politica di prevenzione del rischio professionale che, all'evidenza, coinvolge direttamente la persona fisica che svolge l'attività lavorativa. Il riferimento è alla Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute, relativa proprio alla prevenzione contro gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, che in gran parte dei casi non è applicata dalle Aziende Sanitarie perché non ritenuta obbligatoria.

Guido Quici  
Presidente Federazione CIMO-FESMED  
Vicepresidente CIDA

