

**Audizione informale nell'ambito dell'esame del disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 34 del 2023: Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali (C. 1060 Governo)**

**Commissioni riunite VI (Finanze) e XII (Affari sociali)**

**11 aprile 2023**

Onorevoli Presidenti e Componenti delle Commissioni,

desideriamo innanzitutto ringraziare per l'opportunità che viene offerta alla Federazione dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) di portare il proprio contributo nell'ambito dell'esame del decreto in questione. Si propongono di seguito alcune osservazioni e proposte che, dal punto di vista di codesta Federazione, potrebbero rendere più efficaci le disposizioni previste.

In relazione **all'articolo 4** relativo al contributo straordinario, sotto forma di credito d'imposta, in favore delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, Fimmg già da tempo insiste sulla necessità di estendere il beneficio riconosciuto alle imprese anche agli studi dei professionisti convenzionati con il SSN (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) che costituiscono un'articolazione del SSN e che operano a favore dello stesso.

Il medico di medicina generale è un libero professionista convenzionato, garantisce le prestazioni sanitarie c.d. primarie per i propri assistiti conformemente a quanto stabilito nelle apposite convenzioni di durata triennale (secondo quanto previsto dall'articolo 8 del D.Lgs 502/1992) che ne regolano il rapporto con il Servizio sanitario nazionale, presso i loro studi, di cui sostengono tutti gli oneri, ivi compresi i costi dell'energia.

All'incremento dei costi non corrisponde tuttavia per la categoria alcun aumento della remunerazione a carico del SSN, la retribuzione è fissata infatti, sulla base del numero di assistiti in carico, dall'Accordo collettivo nazionale e dai contenuti economici previsti per i rinnovi contrattuali del pubblico impiego. Rispetto agli altri professionisti che operano come partite IVA in studi professionali con costi di gestione a proprio carico, il medico di medicina generale non può determinare un equilibrio tra le sue entrate e i costi aumentati, aumentando le tariffe nei confronti dei propri assistiti per compensare l'aumento dei costi di gestione del proprio studio professionale. In seguito all'aumento dei costi, pertanto, si verifica inesorabilmente una riduzione del reddito. Il medico di medicina generale come soggetto libero professionale a partita IVA, pertanto, anche se l'Unione europea già da tempo ha assimilato questi professionisti alle piccole e medie imprese, non solo non può accedere agli aiuti riservati alle imprese, non può neppure agire come gli altri liberi professionisti aumentando le tariffe per le proprie prestazioni, dunque avendone un doppio svantaggio. Lo studio del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta è presidio del Servizio sanitario nazionale che concorre al



perseguimento degli obiettivi di salute del medesimo. L'attività svolta è quella di una impresa etica, di utilità sociale e pubblica anche se retta da liberi professionisti che si considerano all'interno del Servizio sanitario nazionale.

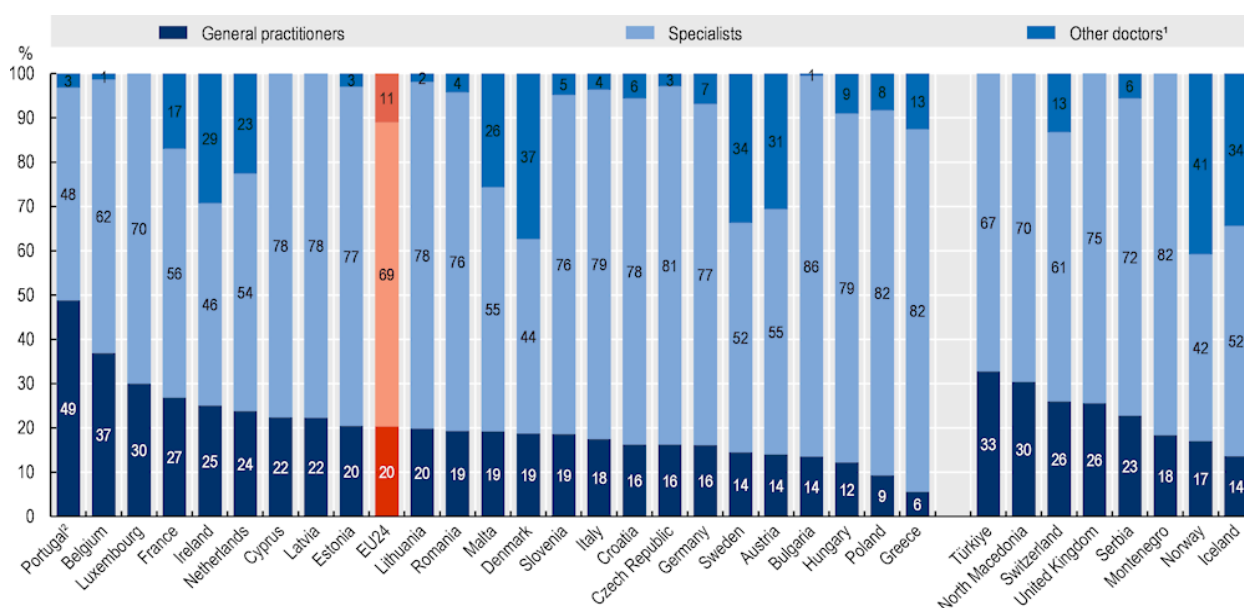
### Proposta

Introdurre all'articolo 4 il seguente comma:

"Preso atto dell'esclusiva utilità sociale e pubblica esercitata dagli studi medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale è riconosciuto un contributo straordinario, sotto forma di credito di imposta, del 20 per cento delle spese sostenute, nel secondo trimestre 2023, per l'acquisto dell'energia elettrica e del gas naturale. Il credito d'imposta è spettante limitatamente alle ipotesi in cui i prezzi di riferimento dell'energia elettrica e del gas naturale, calcolati sulla base della media riferita al primo trimestre 2023, al netto delle imposte e degli eventuali sussidi, abbiano subito un incremento superiore al 30 per cento del corrispondente prezzo medio riferito al medesimo trimestre dell'anno 2019".

Ci preme ricordare e sottolineare, a completamento dei dati sul personale sanitario diffusi recentemente da Agenas e che evidenziano un rapporto medico/pazienti ancora tra i più bassi d'Europa, che tale rapporto debba però essere inquadrato nei singoli ambiti assistenziali, differenziando il territorio dall'ospedale. Il nostro sistema in considerazione al resto d'Europa è quello più carente di medici di cure primarie rispetto alla parte specialistica, come dimostrato dai dati Oece (OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>) che indicano come, rispetto a una media europea di 20,3% di medici di medicina generale e di 68,7% di specialisti, l'Italia è sotto di quasi 3 punti percentuali per i mmg, con un valore pari al 17,5%, ed è sopra del 10,1% per quanto riguarda i medici specialisti, con un valore pari al 78,8% (Figura 1).

**Figura 1. Share of different categories of doctors, 2020 (or nearest year)**



Fonte: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database.



Da ciò si evince la necessità di provvedimenti che spingano sulla attrattività verso questa area professionale della medicina generale e di una maggiore consapevolezza e conseguente attenzione applicativa in fase legislativa per portare almeno il rapporto dei medici più vicini alle medie europee.

Da tali considerazioni partono le proposte della Federazione che riguardano più nello specifico le disposizioni previste dal decreto in materia di salute.

**L'articolo 10**, volto a contenere e ridurre l'utilizzo delle esternalizzazioni dei servizi medici e infermieristici, prevede, al comma 6, che chi abbia interrotto volontariamente il rapporto di lavoro dipendente con una struttura sanitaria pubblica per prestare la propria attività presso un operatore economico privato in regime di esternalizzazione, non possa chiedere successivamente la ricostituzione del rapporto di lavoro.

La disposizione riguarda pertanto al momento solo i dipendenti del SSN ma il fenomeno dell'abbandono del SSN interessa sempre più frequentemente anche i medici di medicina generale, di guardia medica e di emergenza sanitaria territoriale che decidono di interrompere i rapporti con il servizio sanitario pubblico a cui sono legati da un Accordo collettivo nazionale (ACN) di categoria.

Il sistema che si sta prevedendo per "bloccare i gettonisti", fenomeno che sta prendendo piede anche sui territori attraverso le cooperative, deve essere allargato anche al personale convenzionato. Assistiamo infatti ad un alto abbandono a fronte di un'offerta privata che sta diventando più attrattiva; molti mmg, soprattutto giovani, decidono per due-tre anni di interrompere il rapporto convenzionato con il SSN per andare a "fare i gettonisti" e poi tornare all'incarico che hanno lasciato e che, per la nota carenza di medici, probabilmente troveranno ancora vuoto.

#### Proposta modifica comma 6 articolo 10:

Il personale sanitario che interrompe volontariamente il rapporto di lavoro dipendente **o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale** ~~una struttura sanitaria pubblica~~ per prestare la propria attività presso un operatore economico privato che fornisce i servizi di cui ai commi 1, 2 e 4 in regime di esternalizzazione, non può chiedere successivamente la ricostituzione del rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale.

**L'articolo 11** prevede che per l'anno 2023 le aziende e gli enti del Servizio Sanitario nazionale, allo scopo di far fronte alla carenza di personale medico e infermieristico presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri, e di ridurre l'utilizzo delle esternalizzazioni, possono ricorrere alle prestazioni aggiuntive previste dalla contrattazione collettiva nazionale per il personale medico ed infermieristico.

Anche rispetto a questa previsione di indennità accessoria, il personale convenzionato con il SSN non è stato preso in considerazione anche se il sistema dell'emergenza-urgenza non è solo pronto soccorso ma è retto in parte anche da medici convenzionati per l'emergenza sanitaria territoriale. La scelta è incomprensibile anche dal punto di vista organizzativo: il medico convenzionato del 118 normalmente fa turni di 12 ore e raggiunge le sue 38 ore di lavoro in 3 o 4 giorni alla settimana. Esso, pertanto, può rappresentare il personale più "disponibile" a



coprire le prestazioni aggiuntive che sono previste dall'ACN di categoria ma che senza un finanziamento nazionale non saranno mai determinate.

Si sottolinea, inoltre, che la presenza in prestazioni aggiuntive nei Pronto soccorso del personale convenzionato può aumentare la capacità assistenziale di tali professionisti potendosi confrontare con tutto il ciclo assistenziale previsto per un paziente in stato di emergenza sanitaria (centrale operativa, interventi territoriali e domiciliari, Pronto soccorso).

#### Proposta di integrazione del comma 1 articolo 11

“Per l'anno 2023 le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale SSN, per affrontare la carenza di personale medico e infermieristico presso i servizi di emergenza – urgenza ospedalieri del Servizio Sanitario Nazionale SSN e al fine di ridurre l'utilizzo delle esternalizzazioni, possono ricorrere, per il personale medico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL dell'Area sanità del 19 dicembre 2019, e alle ore aggiuntive di cui all'articolo 68, comma 4, dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 2016-2018, per le quali la tariffa oraria fissata rispettivamente dall'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL, in deroga alla contrattazione, e a quella del citato articolo dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, può essere aumentata fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, nonché per il personale infermieristico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del CCNL – triennio 2019-2021 relativo al personale del comparto sanità, per le quali la tariffa oraria può essere aumentata fino a 50 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, nel limite degli importi di cui alla tabella B allegata al presente decreto, pari a complessivi 50 milioni di euro per il personale medico e a complessivi 20 milioni di euro per il personale infermieristico per l'anno 2023.

Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.”

L'articolo 12 definisce misure a favore del personale sanitario medico dei servizi di emergenza-urgenza, prevedendo innanzitutto un regime temporaneo per l'ammissione - di tale personale con determinati requisiti – ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del SSN e ne contempla correttamente la possibilità anche per il personale con contratti di convenzione con il SSN.

Nel corso della precedente legislatura era stata prevista una sanatoria in cui i medici convenzionati con il 118 venivano stabilizzati a tempo indeterminato anche in assenza del corso di medicina generale. I medici che sono stati stabilizzati attraverso tale meccanismo non hanno alcuna possibilità di evoluzione né in attività della medicina generale né in altre aree della convenzionata e oggi, attraverso questa norma, possono almeno avere una evoluzione di carriera verso la dirigenza medica in primis, titolo che gli permette l'accesso ai corsi di specializzazione nella loro qualità di dipendenti del SSN.

Si sottolinea che si sarebbe apprezzato un eventuale integrazione di tale scelta anche verso il Corso di formazione in Medicina Generale, con il riconoscimento di parte dell'attività svolta in sostituzione del periodo formativo.



L'articolo introduce inoltre un nuovo regime ai fini pensionistici, che tiene conto del lavoro svolto come usurante nei servizi di emergenza-urgenza, applicando per ogni anno di servizio prestato un coefficiente di trasformazione che incrementa il trattamento di pensione in uscita del sanitario.

Questa possibilità rimane collegata alla semplice definizione del lavoro svolto nei servizi di emergenza-urgenza, quindi potenzialmente e opportunamente anche dal personale medico convenzionato del servizio 118 e poiché per tale personale è prevista la contribuzione previdenziale, e tutte le sue possibili evoluzioni previste da tale normativa, a carico dell'ENPAM, si richiede che venga chiarito che in questo caso il coinvolgimento dell'ENPAM possa avvenire come per altre norme di sostegno ai medici (ad esempio il bonus previsto dall'articolo 33, decreto legge n. 50 del 17 maggio 2022) attraverso il meccanismo della fiscalità di scopo.

L'**articolo 13** modifica la normativa transitoria che consente lo svolgimento, da parte del personale rientrante nelle professioni infermieristiche od ostetrica ovvero nelle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione ed appartenente al comparto contrattuale pubblico della sanità, di altre prestazioni al di fuori dell'orario di servizio; la novella di cui al presente articolo proroga il termine finale di applicazione della normativa dal 31 dicembre 2023 al 31 dicembre 2025 e sopprime il limite del monte ore complessivo settimanale per le suddette prestazioni, limite che era pari a otto ore.

Anche qui riteniamo che per assimilazione si potrebbe proporre il superamento delle incompatibilità attualmente previste per tutti i medici e in particolare per i medici convenzionati che, nonostante siano liberi professionisti, hanno un Accordo collettivo nazionale che limita fortemente qualunque attività di libera professione anche di interesse pubblico.

Il vincolo di esclusività, vista l'emergenza carenza personale sanitario sia in ospedale che sul territorio, andrebbe, tuttavia, superato sulla base di una valutazione da parte del soggetto responsabile aziendale pubblico, potendo prevedere prioritariamente che vengano favorite per il personale appartenente al pubblico impegno le attività libero professionali in ambito di pubblico interesse ovvero nell'ambito degli studi professionali della medicina generale, con particolare riferimento agli infermieri. Ad esempio, i medici convenzionati possono contrattualizzare come attività libero-professionale infermieri presso i propri studi e potrebbero pertanto diventare punti di privilegio per la fruizione delle prestazioni al di fuori dell'orario di servizio di questi operatori sanitari, rimanendo all'interno del pubblico senza andare con questa norma a supportare sistemi di assistenza privata.

Le incompatibilità e il rapporto di esclusività del personale sanitario sono disciplinate, anche nella progressione di carriera e come per tutta la pubblica amministrazione, dal D.Lgs 165/2001. Ciò ha creato un sistema ingessato che è necessario superare con una disciplina specifica per il personale sanitario e una revisione della suddetta legge, soprattutto nel momento di carenza di medici.

Il prolungamento delle deroghe al riconoscimento delle qualifiche professionali conseguite all'estero, previsto dall'**articolo 15**, pone un grosso problema sull'applicazione normativa riferita agli atti che riguardano il fascicolo sanitario, la tessera sanitaria, gli atti prescrittivi e certificativi e tutta l'evoluzione digitale e telematica della sanità prevista dal PNRR.



Questi colleghi che lavorano nelle strutture sanitarie pubbliche e pertanto soggetti a normative specifiche previste per questo ruolo, non essendo iscritti agli Ordini professionali, non hanno accesso ai sistemi regionali e nazionali (Sogei) per la determinazione degli atti medici certificativi, prescrittivi e di arricchimento del fascicolo sanitario relativi alla sanità telematica e digitale.

Ricordiamo che una falsa certificazione o una certificazione fatta per conto di altri, oltre ad essere un falso ideologico, rappresenta un falso in atto pubblico. Bisognerà trovare degli strumenti che consentano a questi professionisti di lavorare a pieno titolo attraverso il riconoscimento del titolo di studio o la previsione di una iscrizione temporanea all'Ordine o la possibilità di credenziali temporanee per operare sui sistemi certificativi/prescrittivi e il FSE.

Rispetto all'**articolo 16** e alle nuove disposizioni in materia di contrasto agli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario, non possiamo che esprimere l'apprezzamento della Federazione per i contenuti che determinano in maniere indiretta la procedibilità d'ufficio per tutti gli atti di violenza compiuti nei confronti del personale sanitario.