

Egregi Onorevoli,

il sottoscritto Dott. Antonio D'Avino, nella qualità di Presidente nazionale della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), desidera esprimere il proprio parere e proporre delle integrazioni in merito agli artt. 10 e 16 della Legge di conversione del Decreto Legge n. 34 del 2023.

In relazione all'art. 10 la nostra Associazione, che rappresenta circa 5000 pediatri di famiglia, considera la legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (833/1978) la pietra miliare e il punto di partenza di tutti i ragionamenti, poiché ha garantito fino ad oggi l'equità e l'universalità delle cure, nel pieno rispetto dei dettami dell'articolo 32 della Costituzione.

La FIMP ritiene che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) debba rimanere pubblico, ma con la piena convinzione che la *governance* del sistema spetti necessariamente allo Stato.

A tal proposito si condivide e si apprezza il tentativo di arginare il ricorso alla esternalizzazione dei servizi sanitari attraverso l'utilizzo del personale sanitario c.d. "gettonista", che ha creato negli ultimi anni evidenti disfunzioni alla Sanità e soprattutto intollerabili sperequazioni a parità di funzioni svolte.

Tale fenomeno, però, potrebbe e dovrebbe essere contrastato garantendo al personale dipendente e convenzionato con il SSN condizioni di lavoro migliori e remunerazioni in linea con gli altri paesi europei.

Purtroppo, vi è il rischio concreto che la soluzione proposta dalla Legge di conversione in esame, invece, danneggi il SSN, pubblico, a vantaggio delle strutture sanitarie private.

Infatti, si condivide la limitazione all'utilizzo del personale sanitario medico ed infermieristico "a chiamata" alle sole situazioni di reale necessità ed urgenza, al fine di evitare clientelismi, l'aumento della spesa pubblica e la fuga degli operatori dal SSN.

Tuttavia, limitare tale facoltà esclusivamente ad alcuni reparti "*nei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri*", come indicato al comma 2, e "*in un'unica occasione e senza possibilità di proroga*", come previsto dal comma 1, frustra incomprensibilmente la capacità degli Uffici preposti di reclutare personale, con effetti potenzialmente devastanti sull'assistenza e sul SSN.

Immaginiamo per un attimo che un reparto, diverso da quelli indicati al comma 2 dell'art.10 della Legge di conversione del Decreto in parola, non raggiunga il numero minimo di medici o infermieri indispensabile alla erogazione del servizio alla popolazione; il comma 4 dell'art. 10 della presente Legge di conversione imporrebbe al Direttore Generale dell' ASL di scegliere se rivolgersi a figure professionali esterne, con la certezza di essere sottoposto al risarcimento del relativo danno erariale, oppure chiudere il reparto, con grave nocumento per i pazienti ed indubbio vantaggio per le cliniche private che inevitabilmente si sostituirebbero alla Sanità pubblica nella erogazione del servizio soppresso.

La norma non tutela in realtà neanche i reparti di "primo intervento" per i quali la problematica illustrata si propone identica a distanza di 12 mesi. Infatti, per tali reparti, l'attuale formulazione dell'art. 10, comma 2, riconosce la possibilità di rivolgersi al personale "gettonista" solo per 12 mesi non rinnovabili.

Quindi, qualora la situazione persistesse dopo 12 mesi, i Direttori Generali delle AASSLL sarebbero chiamati a chiudere i punti di primo intervento (come previsto dall'originario testo del Decreto legge n 34/2023) ed i reparti di Pronto Soccorso, Ostetricia, Ginecologia ed Anestesia, come indicato dalla bozza di Legge di conversione del medesimo decreto, trasmessa.

Ne consegue che, con la chiusura dei reparti di anestesia, anche la funzionalità di tutti gli altri reparti delle strutture sanitarie verrebbero significativamente compromessi (a titolo meramente esemplificativo le chirurgie, l'oncologia, ecc.)

Medesima perplessità viene espressa in merito al comma 6 dell'art. 10 della Legge di conversione in esame laddove prevede che il *"personale che abbia interrotto volontariamente il rapporto di lavoro dipendente con una struttura sanitaria pubblica per prestare la propria attività presso un operatore economico privato che fornisce i servizi di cui ai commi precedenti in regime di esternalizzazione, non possa chiedere successivamente la ricostituzione del rapporto di lavoro"*.

Innanzitutto, le disposizioni di cui ai commi 6 e 7 dell'art. 10 della Legge di conversione del Decreto in parola appaiono inopportune laddove sanzionano la scelta fatta dai medici e dal personale sanitario che, al fine di ottenere remunerazioni migliori (in molti casi semplicemente più adeguate alla qualità e quantità del lavoro prestato) hanno interrotto il rapporto di lavoro con il SSN ma hanno continuato comunque a prestare un servizio prezioso, proprio laddove era assolutamente necessario, garantendo la "sopravvivenza" di reparti e spesso intere strutture sanitarie, con vantaggi incalcolabili in termini di assistenza per i cittadini e per il SSN.

In un periodo storico in cui il personale sanitario scarseggia, e le previsioni ci dicono che sarà certamente ancora così per i prossimi due-tre anni, non crediamo lungimirante precludere a tali professionisti di tornare a prestare la propria attività all'interno del SSN, "consegnando" di fatto tali professionisti alla Sanità privata o addirittura favorendo la fuga oltralpe dei migliori cervelli che emigrerebbero alla ricerca di prospettive economiche e professionali più vantaggiose, dopo essere stati formati in Italia con investimenti significativi di denaro pubblico.

In subordine, qualora il legislatore volesse confermare la previsione di incompatibilità di cui ai menzionati commi 6 e 7, appare quanto meno opportuno chiarire in modo cristallino che tale “sanzione” non può che operare sulle interruzioni volontarie dei rapporti con il SSN che avverranno dopo l’entrata in vigore della Legge di conversione, NON per quelle avvenute prima.

Peraltro, relativamente al comma 3, si ritiene fondamentale elaborare **linee guida vincolanti per i Direttori Generali delle AASSLL, che stabiliscano dei tetti di spesa** oltre i quali non deve essere possibile procedere all’affidamento a terzi sia dei servizi medici che dei servizi infermieristici.

Non di meno, l’attuale contingenza geopolitica impone una visione particolarmente prudente in merito alla gestione di un patrimonio strategico professionale, costituito dai nostri medici, infermieri e personale sanitario tutto, che potrebbe diventare vitale in caso di ulteriori pandemie o nel caso in cui le criticità in essere dovessero esacerbarsi.

Probabilmente sono maturi i tempi, in questo contesto storico di carenza di personale sanitario, per procedere alla **rimodulazione**, se non alla sospensione, **delle clausole di incompatibilità di lavoro** nei diversi settori della Sanità, allo scopo di valorizzare tutte le risorse disponibili, proprio come è stato fatto con l’abolizione del vincolo di esclusività per gli operatori delle professioni sanitarie all’articolo 13 della Legge in oggetto.

A tal proposito, con l’attuale regime di incompatibilità e la nota carenza dei sanitari sul territorio nazionale, al giorno d’oggi i Direttori Generali delle AASSLL hanno delle oggettive difficoltà a garantire, anche per brevi periodi di sostituzioni, la continuità dell’assistenza alle famiglie italiane, sia per i bambini e per gli adolescenti.

In via provvisoria, fino al 31 dicembre 2025, i Pediatri di Famiglia e i Medici di Assistenza Primaria collocati in quiescenza potrebbero, su base volontaria e come attività occasionale in regime libero professionale, effettuare sostituzioni all’interno delle Cure Primarie, con regolazione diretta dei rapporti economici tra sanitario titolare e sanitario sostituto.

Tale disposizione temporanea non comporterà nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e risolverà una miriade di difficoltà assistenziali alla luce dell’emorragia di camici bianchi prevista per il prossimo triennio, che metterà in serio pericolo la continuità delle cure sul territorio.

Scopo delle suindicate proposte della FIMP è quello di suggerire delle **“soluzioni tampone”** che risolvano in via provvisoria la chiara situazione emergenziale per assicurare un’efficace risposta ai bisogni assistenziali della collettività, atteso che siamo convinti che il ricorso ai medici a gettone è un espediente transitorio del SSN che non può e non deve andare a regime.

Per concludere, in merito all’Art 16 la FIMP plaude all’iniziativa del Governo che tutela la sicurezza degli operatori sanitari e sociosanitari, ma ritiene che la violenza che essi troppo frequentemente subiscono non sia solo quella fisica, ma anche quella psicologica.

Quest'ultima consiste in attacchi diretti a colpire la dignità personale e si manifesta attraverso varie forme di mancanza di rispetto.

In particolare, negli ultimi anni molti sanitari delle Cure Primarie sono stati oggetto, a mezzo stampa, di offese alla propria reputazione, parole denigratorie o francamente diffamatorie.

Con l'evolversi dei mezzi di comunicazione oggi spesso si commettono reati attraverso un uso non corretto del pc, in particolare avvalendosi dei social network.

Pertanto sarebbe opportuno prevedere nell'articolo 16 anche un inasprimento delle pene relative al reato di *diffamazione*, articolo 595 cp, che al comma 3 prevede la forma **aggravata**, magari equiparando gli operatori sanitari e sociosanitari ai componenti del "Corpo politico, amministrativo o giudiziario (omissis)", come previsto nel comma 4.

Conseguentemente, tutto ciò premesso, il sottoscritto

PROPONE

che in sede di conversione del Decreto Legge n. 34 del 30.03.2023 il Parlamento voglia apportare le seguenti **modifiche/integrazioni segnalate in rosso**:

"Art. 10

Disposizioni in materia di appalto, di reinternalizzazione dei servizi sanitari e di equità retributiva a parità di prestazioni lavorative, nonché di avvio di procedure selettive comprensive della valorizzazione dell'attività lavorativa già svolta

1. Le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per fronteggiare lo stato di grave carenza di organico del personale sanitario, possono affidare a terzi i servizi medici ed infermieristici solo in caso di necessità e urgenza, ~~in un'unica occasione e senza possibilità di proroga~~, a seguito della verificata impossibilità di utilizzare personale già in servizio, di assumere gli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, nonché di espletare le procedure di reclutamento del personale medico e infermieristico autorizzate.

2. I servizi di cui al comma 1 possono essere affidati ~~esclusivamente nei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri~~, per un periodo non superiore a dodici mesi, **rinnovabili una sola volta fino ad un massimo di 24 mesi**, ad operatori economici che si avvalgono di personale medico ed infermieristico in possesso dei requisiti di professionalità contemplati dalle disposizioni vigenti per l'accesso a posizioni equivalenti all'interno degli enti del Servizio Sanitario Nazionale e che dimostrano il rispetto delle disposizioni in materia d'orario di lavoro di cui al decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66.

3. Al fine di favorire l'economicità dei contratti e la trasparenza delle condizioni di acquisto e di garantire l'equità retributiva a parità di prestazioni lavorative, con decreto del Ministro della salute, sentita l'ANAC, da adottarsi entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, sono elaborate linee guida **vincolanti per i Direttori Generali delle AASSLL** recanti le specifiche tecniche, i prezzi di riferimento **con i relativi tetti di spesa** e gli standard di qualità dei servizi medici ed infermieristici oggetto degli affidamenti di cui ai commi 1 e 2.

4. La stazione appaltante, nella decisione a contrarre, motiva espressamente sulla osservanza delle previsioni e delle condizioni fissate nei commi 1 e 2 e sulla durata dell'affidamento.

5. L'inosservanza delle disposizioni previste nei commi 1, 2 e 4 è valutata anche ai fini della responsabilità del dirigente della struttura sanitaria appaltante il servizio per danno erariale.

6. Il personale sanitario che interrompe volontariamente il rapporto di lavoro dipendente con 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.

7. Le aziende ed enti di cui al comma 1, al fine di reinternalizzare i servizi appaltati, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, fermo rimanendo quanto previsto dall'articolo 11, commi 1 e 3, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, avviano le procedure selettive per il reclutamento del personale da impiegare per l'assolvimento delle funzioni precedentemente esternalizzate, prevedendo la valorizzazione, anche attraverso una riserva di posti non superiore al 50 per cento di quelli disponibili, del personale impiegato in mansioni sanitarie e socio-sanitarie corrispondenti nelle attività dei servizi esternalizzati che abbia garantito assistenza ai pazienti per almeno sei mesi di servizio. ~~Non possono partecipare alle procedure selettive coloro che in precedenza, in costanza di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato con il SSN, si siano dimessi dalle dipendenze dello stesso."~~

In subordine il comma 6 potrebbe essere così modificato:

"6. Il personale sanitario che interrompe volontariamente il rapporto di lavoro dipendente con una struttura sanitaria pubblica **dopo la data di entrata in vigore della presente Legge di conversione del Decreto 34/2023**, 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".

7.

8. All'articolo 20 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, triennio 2016-2018, la lettera k è sostituita come di seguito indicato:

«lettera k. Fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle quote A e B del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'allegato 5 del presente Accordo. **Fino al 31 dicembre 2025 tale incompatibilità non opera altresì nei confronti dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale collocati in quiescenza che possono, come attività libero professionale a carattere occasionale, effettuare sostituzioni di sanitari delle Cure Primarie convenzionati con il SSN.**»

.....

Art.16

(Disposizioni in materia di contrasto agli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario)

All'articolo 583-quater del codice penale sono apportate le seguenti modificazioni:

(omissis)

All'articolo 595-ter del codice penale sono apportate le seguenti modificazioni:

Nell'ipotesi di **diffamazione aggravata, cioè a mezzo stampa compresa la pubblicazione su di un sito Internet**, al personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio, nonché a chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività, si applica la reclusione da (omissis)

Con osservanza



Dott. Antonio D'Avino
Presidente Nazionale

Federazione Italiana Medici Pediatri