

Camera dei Deputati

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

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)

Audizione del 11 aprile 2023

Art. 8 (Contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici) Art. 9 (Iva su payback dispositivi medici)

Riteniamo comprensibile l'impegno del Governo ad attenuare la criticità del *payback*, tema di nostro interesse, considerato che ogni settore dei dispositivi medici (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) coinvolge almeno una delle professioni afferenti alla nostra Federazione nazionale (biomedicali, ausili, diagnostica in vitro, ottica, dentale, home e digital care, ecc).

Proprio per questo motivo è auspicabile che la discussione in atto consenta di concentrare l'attenzione dei Decisori e del Legislatore sulle misure poste a monte del processo, ovvero sull'appropriatezza in tutte le sue accezioni sanitarie, prima delle quali quella prescrittiva e d'uso. Infatti, qualora si partisse dal presupposto che la spesa sanitaria sostenuta sia tutta appropriata, nessuno dovrebbe essere chiamato a rimborsare alcunché, mentre nel caso contrario, che riteniamo più probabile, accade che alcune delle risorse utilizzate siano state destinate in favore di prestazioni che non si sarebbero dovute erogare o che si sarebbero dovute erogare con un diverso impegno qualitativo e quantitativo di farmaci e, nel caso di specie, di dispositivi medici. Esistono strumenti validati a livello nazionale ed internazionale, come l'HTA, ancora troppo poco o per nulla utilizzati, che consentirebbero di razionalizzare la spesa attraverso un maggior grado di appropriatezza, efficacia ed efficienza, senza generare detrimento con tagli e rimborsi indifferenziati, che hanno anche importanti ripercussioni sulla filiera produttiva, sulla ricerca e sull'innovazione, sulle quali, invece, si dovrebbe investire, puntando anche sul contributo delle professioni sanitarie, sfruttando le loro competenze al fine di produrre un risparmio non basato sul mero calcolo, ma derivante dall'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

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)

Desideriamo esprimere un sostanziale apprezzamento nei confronti della misura, considerato che le rigidità, anche normative, determinano spesso risultati opposti a quelli attesi: il vincolo posto alle assunzioni, ad esempio, ha infatti prodotto modalità di reclutamento alternative, imputate sulle voci di bilancio relative ai servizi, con impegni economici non inferiori a quelli che si sarebbero sostenuti per assumere le risorse umane in questione.

Art. 11 (Incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive e anticipo dell'indennità nei servizi di emergenza-urgenza)

Nel nostro Paese la rete dell'emergenza-urgenza risulta articolata in (i) Sistema di allarme sanitario, (ii) Sistema territoriale di soccorso e (iii) Rete di servizi e presidi¹. Di quest'ultima fanno parte anche i “*Pronto soccorso ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato...omississ...*”.

Tutti gli accessi al pronto soccorso determinano la richiesta di accertamenti diagnostici di laboratorio e/o radiologici, assicurati rispettivamente dalle professioni sanitarie di Tecnico sanitario di laboratorio biomedico (TSLB) e Tecnico sanitario di radiologia medica (TSRM), per le quali si registra la stessa grave carenza di Medici e Infermieri. Si precisa, altresì, che la carenza di personale TSRM sta avendo gravi ripercussioni anche per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di diagnostica, comprese quelle di prevenzione secondaria (screening), per alcune delle quali si registra il maggior ritardo, nonostante le risorse stanziare dal Governo: mammografia, TAC e RM².

Pertanto, al fine di prevenire inammissibili iniquità, si ritiene che anche per il personale TSLB e TSRM, si debba poter ricorrere 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.

Art. 13 (Misure per gli operatori delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43)

Con il recente intervento normativo, il Governo ha **eliminato il limite del monte ore settimanali ed ha previsto l'inoperatività del regime delle incompatibilità** (art. 4, co. 7, l. 412/1991 e art. 53 del Dlgs 165/2001) **sino al 31 dicembre 2025**.

Il nuovo regime giuridico, dunque, non determina al momento una modifica strutturale alla disciplina delle professioni sanitarie per due ordini di motivi:

- la norma ha una efficacia limitata nel tempo sino al 31 dicembre 2025;
- non vi è stata alcuna modifica al comma 2 del richiamato art. 3-*quater*, che subordina la possibilità di svolgere incarichi al di fuori dell'orario di lavoro alla preventiva autorizzazione del “*vertice dell'amministrazione di appartenenza*”.

Quindi, in virtù della recente modifica intervenuta, la disciplina può così riassumersi:

- sino al 31 dicembre 2025, sarà possibile svolgere attività professionale al di fuori dell'orario di servizio;
- in ogni caso, è necessaria la **preventiva** autorizzazione da parte del vertice aziendale, il quale, oltre a garantire prioritariamente le esigenze organizzative del Servizio sanitario nazionale e a verificare il rispetto della normativa sull'orario di lavoro, deve espressamente attestare che “*la predetta autorizzazione non pregiudica l'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste di attesa, nel rispetto della disciplina nazionale di recupero delle predette liste di attesa anche conseguenti all'emergenza pandemica*”.

La portata transitoria e non strutturale della norma è testimoniata dall'ultimo periodo inserito al comma 1, ai sensi del quale “*Il Ministero della salute effettua annualmente il monitoraggio delle autorizzazioni concesse e dei tassi di*

¹<https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?lingua=italiano&id=1049&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto>

²https://www.cittadinanzattiva.it/multimedia/files/Abstract_Rapporto_civico_sulla_salute_2022.pdf

assenza e dei permessi fruiti dal personale autorizzato”.

L'intervento, quindi, non determina **un integrale superamento dell'esclusività del rapporto di lavoro**, pur avendo il merito di superare (attraverso la conferma di una scelta già precedentemente operata dal Legislatore, durante l'emergenza pandemica), il tassativo divieto ad esercitare altra attività esterna.

Deve, tuttavia, segnalarsi che la previa autorizzazione richiesta all'esercizio dell'attività esterna, di competenza del vertice dell'amministrazione aziendale di appartenenza e dai contenuti predeterminati dalla legge, potrebbe rivelarsi un limite assai stringente alle possibilità teoricamente attribuite dalla norma ai professionisti sanitari.

È ipotizzabile, come confermano i primi segnali raccolti, specie nei territori che scontano ataviche carenze di organico, che l'autorizzazione sia negata sulla base di valutazioni discrezionali del vertice aziendale, nemmeno agevolmente sindacabili in sede giurisdizionale, poiché adottate *“al fine di garantire prioritariamente le esigenze organizzative del Servizio sanitario nazionale nonché di verificare il rispetto della normativa sull'orario di lavoro”*.

In sintesi:

- l'articolo ha portata apparentemente innovativa e di limitazione delle incompatibilità tra lavoro dipendente e altre attività, ma in realtà rimette lo svolgimento di attività ulteriori ed esterne alla preventiva autorizzazione del vertice aziendale ed alle sue valutazioni ampiamente discrezionali e difficilmente sindacabili in sede giurisdizionale;
- gli elementi innovativi certi sono la efficacia limitata nel tempo del regime introdotto (sino al 31 dicembre 2025) e la necessità di preventiva autorizzazione da parte del vertice aziendale;
- gli elementi di incertezza attengono alla ampia discrezionalità nel rilascio delle autorizzazioni, che potrebbe comportare un restringimento delle opportunità di attività esterne.

Per quanto sopra espresso riteniamo tanto opportuno quanto auspicabile rimuovere qualsiasi forma di discrezionalità, che certamente determinerebbe un restringimento delle legittime opportunità delle professioni sanitarie e in aggiunta sopprimere ogni tipo di limite temporale attualmente previsto. In assenza di tali interventi, lo scenario più probabile è che il monitoraggio annuale del Ministero della salute delle autorizzazioni concesse e dei tassi di assenza e dei permessi fruiti dal personale autorizzato, dia esiti tendenti o pari a zero, rendendo l'attuale norma priva di ogni effetto.

Si segnala, infine, che nell'illustrazione dell'art. 13, a pag. 12, viene indicato *“La norma sostituisce il comma 1 dell'articolo 3-quater del decreto-legge 21 settembre 2021, n. 127, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 novembre 2021, n. 165 al fine di prevedere, fino al 31 dicembre 2025, l'eliminazione del vincolo di esclusività per il personale infermieristico e le ostetriche...”*. Confidiamo che la citazione di due sole professioni sanitarie sia un mero errore materiale, che segnaliamo affinché non si ripresenti, considerato che nell'atto normativo, invece, si fa giustamente riferimento a tutte le professioni sanitarie di cui all'art. 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43.

Art. 16 (Disposizioni in materia di contrasto agli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario)

Riteniamo apprezzabile l'intervento del Governo per l'inasprimento delle pene in caso di violenza sugli operatori sanitari, anche se permane la nostra preoccupazione. Siamo infatti fermamente convinti che le sole condanne non siano sufficienti, se non accompagnate da un deciso e intenso investimento in prevenzione: i dati INAIL 2022³ hanno

³https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-factsheet-violenza-professioni-sanitarie-inail-2022_6443174670061.pdf

confermato la tendenza del 2021⁴, evidenziando come la seconda professione più colpita sia quella degli Educatori professionali, normalmente impegnata nei servizi educativi e riabilitativi.

Da questi dati risulta evidente quanto sia necessario ed urgente adottare misure di prevenzione, oltre che promuovere studi e diffondere buone pratiche investendo in formazione, affinché i professionisti sanitari percepiscano questo miglioramento e si sentano più sicuri. Bisogna educare e ristabilire la reciproca fiducia tra operatore sanitario e cittadino.

Permessi non retribuiti per l'adempimento delle attività istituzionali in capo agli eletti negli Ordini e relativa Federazione nazionale, enti pubblici non economici sussidiari dello Stato.

Desideriamo, infine, richiamare l'attenzione del Legislatore su un ultimo aspetto, oltremodo penalizzante per i vertici elettivi degli Ordini e delle relative Federazioni nazionali delle professioni sanitarie, ritenendo che nella fase di conversione del Decreto si potrebbe finalmente sanare quella che riteniamo essere una vera e propria stortura.

L'art.1, comma 3, lettera a) del DLgsCPS 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dall'art. 4 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, dispone che gli Ordini e le relative Federazioni nazionali sono enti pubblici non economici e agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici garantiti dall'ordinamento connessi all'esercizio professionale.

Gli Ordini e le relative Federazioni nazionali sono dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare e sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute; sono finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti, senza oneri per la finanza pubblica; promuovono e assicurano l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva.

L'attività svolta dal dipendente pubblico eletto quale componente dell'organo di indirizzo dell'Ordine/Federazione nazionale di appartenenza è una funzione pubblica elettiva, prevista da una legge dello Stato.

I vertici eletti negli Ordini e nelle relative Federazioni nazionali afferenti alle professioni sanitarie, enti pubblici non economici, non godono, a differenza di molte altre categorie professionali, della possibilità di poter usufruire di permessi non retribuiti per l'espletamento delle loro funzioni dirigenziali necessarie al corretto funzionamento degli enti; questa discriminazione comporta che i vertici elettivi degli Ordini e delle Federazioni nazionali in ambito sanitario debbano fare ricorso alle proprie ferie per espletare il loro mandato di pubblica utilità.

Sarebbe auspicabile (e questo punto troverebbe concordi tutte le Federazioni nazionali sanitarie) che il Legislatore sanasse quanto prima tale ingiustificata discriminazione che penalizza i vertici elettivi degli Ordini e delle relative Federazioni nazionali, enti pubblici non economici, rappresentanti le 31 professioni sanitarie del nostro Paese, prevedendo la possibilità di usufruire di permessi non retribuiti per l'espletamento delle funzioni afferenti alla loro carica.

La Presidente

Teresa Calandra



⁴<https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news-giornata-prevenzione-violenza-operatori-sanitari-2023.html>