

AC 2700 - Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

XII COMMISSIONE (AFFARI SOCIALI)

Audizione FIASO del 22 gennaio 2026 – Memoria di sintesi

Premessa

Nel ringraziare per la richiesta di audizione sulla questione più strategica per il SSN, quella del rafforzamento e valorizzazione del personale sanitario, si evidenzia che FIASO rappresenta da oltre trent'anni le Aziende pubbliche del nostro Paese: la base operativa del Servizio Sanitario Nazionale, che ogni giorno garantisce ai cittadini la tenuta di uno dei sistemi universalistici più avanzati al mondo.

Da oltre dieci anni è stato istituito un Osservatorio nazionale sulle politiche del personale, perché il capitale umano è la vera infrastruttura strategica della sanità.

Nell'ambito del sistema complesso del SSN, le Aziende sanitarie hanno il ruolo datoriale del personale che è quello maggiormente esposto al rischio concreto in termini civili, erariali, assicurativi. In tale contesto e a risorse date e limitate, esse hanno la responsabilità su:

- erogazione dei servizi sanitari ai cittadini nel rispetto dei Lea;
- gestione delle risorse/erariale;
- accreditamento delle strutture rispetto alle dotazioni organiche;
- responsabilità penale e civile per eventi di malpractice;
- sviluppo delle competenze e utilizzo del personale dentro rigidi steccati professionali.

FIASO ha sostenuto con decisione in tutte le sedi possibili un emendamento fatto rientrare nel testo di conversione del decreto legge milleproroghe sul conferimento di incarichi del personale sanitario in quiescenza. In una fase ancora purtroppo caratterizzata da penuria di personale perdere questa opportunità sarebbe un duro e inutile colpo alla capacità di risposta dei servizi ai cittadini. Più in generale, tale previsione non dovrebbe essere regolamentata ma lasciata come possibilità permanente delle Aziende sanitarie tra le diverse opzioni di politiche del personale a disposizione (cosiddetta sindrome da gabbia di regole). Per superare questa sindrome del personale sanitario del SSN occorre semplificare e riscrivere le regole di sistema, a partire da quelle sul reclutamento del personale, rispetto alle quali se necessario FIASO è pronta ad avanzare proposte di riforma elaborate nell'ambito del nostro Osservatorio.

Molte delle regole previste dalle norme valgono prevalentemente per il personale operante nelle strutture del SSN mentre sono mitigate in altri ambiti professionali, ciò comportando minore attrattività del pubblico sul mercato del lavoro e maggiori difficoltà operative all'interno del governo dei processi assistenziali delle aziende pubbliche.

Considerazioni e commenti al testo AC2700

FIASO offre il proprio contributo con delle considerazioni generali e tecniche sul contenuto del disegno di legge delega che prendono le mosse dal lavoro svolto e realizzato dall'Osservatorio FIASO sulle politiche del personale, che quotidianamente affronta criticità e nodi relativi alla gestione delle risorse umane in sanità approntando soluzioni organizzative innovative compatibili con le risorse umane e finanziarie disponibili e dentro al perimetro regolatorio del SSN.

In particolare, rispetto ai contenuti proposti si esprime piena condivisione su:

- analisi e riflessioni offerte nella relazione del Governo che accompagna il testo del disegno di legge: occorre superare la premessa epistemologica di una irreversibile crisi del personale sanitario e ricercare soluzioni possibili di piena valorizzazione e sviluppo dei professionisti e di tutto il personale sanitario con miglioramento dei servizi offerti ai cittadini;
- promozione di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale delle organizzazioni del SSN, nelle quali operano differenti profili professionali che concorrono al bene salute dei cittadini insieme ai medici e agli infermieri. La componente tecnica, professionale e amministrativa che ne fa parte deve trovare altrettanto adeguata valorizzazione;
- superamento di visioni corporative o eccessivamente concentrate su interessi specifici per intervenire con un approccio di sistema per il bene del SSN e della qualità dei servizi ai cittadini (ottimo in tal senso il richiamo al ridisegno del fabbisogno del personale nel rispetto dei bisogni di salute dei cittadini) sapendo gestire le differenze e la complessità delle organizzazioni sanitarie;
- approccio orientato alla valorizzazione delle competenze sviluppate da valutare tuttavia sul campo osservando che
 - questo può consentire di sostenere il task sharing tra professionisti e di superare gli steccati professionali imposti per legge che rendono la gestione del personale impossibile da improntare su percorsi di reale valorizzazione professionale, promozione del benessere organizzativo e prevenzione del burnout, che invece sono le prime leve sulle quali costruire politiche che trattengano il personale nel SSN;
 - una struttura di certificazione delle competenze risulterebbe basata su analisi documentale e non su competenze valutate sul campo da professionisti senior in grado di valutare.

Allo stesso tempo, si avanzano le seguenti considerazioni:

- le regole proposte sembrano destinate esclusivamente ai professionisti operanti nel SSN. In merito, si ricorda tuttavia che sul totale dei medici iscritti all'ordine soltanto il 32% è dipendente del SSN (circa 110.000 medici SSN più 38.000 MMG su 470.000 medici iscritti all'ordine);
- occorre tenere presente che il disegno di legge delega si rivolge ad un vero e proprio mercato professionale, che segue regole proprie e valutazioni personali di convenienza, opportunità, attrattività (scelte dei singoli soggetti) già sottolineati in rapporti europei e internazionali di riferimento, che sottolineano come la presenza di diverse generazioni comporti nuove complessità nell'uso delle leve strategiche del personale [rif. art. 3 punto 1 lettera g): l'obiettivo della pianificazione non può esser pienamente raggiunto a causa di scelte individuali dettate dal mercato];

- in ordine alle specializzazioni mediche, i bisogni di salute e i processi di presa in carico dei pazienti pluripatologici stanno iniziando a suggerire che probabilmente, oltre all'iper specializzazione di alcuni rami della clinica, ci sarà sempre più bisogno di medici generalisti. Sotto questo profilo occorre, quindi, porre attenzione a una eccessiva moltiplicazione e separazione delle competenze, che, invece, risultano sempre più trasversali a diversi profili [rif. art. 5 punto 1 lettera b): condivisibile l'obiettivo della valorizzazione ma attuabile solo ricorrendo a norme che abbattano alcuni steccati professionali, operativi e culturali (task sharing e équipe multiprofessionali, per superare le frammentazioni dei percorsi di cura e poter seguire con efficacia i pazienti anziani e cronici)].

E proposte:

- per il mantenimento in servizio e per le aree disagiate si ritiene occorra considerare le diverse forme di disagio come fonte di valorizzazione e non di appiattimento generalizzato;
- semplificazione del reclutamento del personale richiede un sostanziale snellimento delle procedure anche con digitalizzazione delle stesse;
- previsione di un investimento nel percorso formativo di uno specializzando al quarto/quinto anno di specializzazione con contratti che garantiscano una continuità di attività nel pubblico impiego per un periodo massimo concordato (ad es. 5 anni). La stessa impostazione si può estendere a infermieri e altre figure professionali;
- utilizzo di nuove tecnologie/altri presidi territoriali (farmacie) e best practice organizzative per la tutela delle aree disagiate;
- rafforzamento dell'alleanza con le Università (ad es. ospedali di insegnamento; medicina generale);
- formazione manageriale sui percorsi assistenziali/gestione del paziente, umanizzazione delle cure e digitalizzazione, che favoriscono un miglior raccordo su aspetti clinici e gestionali [rif. art. 4 punto 1 lettera d): le competenze manageriali sono cosa ben diversa da quelle sanitarie e per alcuni profili sanitari occorre che i due aspetti formativi possano andare di pari passo];
- adozione di strumenti di IA per l'alleggerimento del carico amministrativo in capo ai professionisti (bene in questo senso il contenuto dell'art. 3 punto 1 lettera d). le potenzialità dell'IA per le cure, la prevenzione e lo smaltimento delle liste d'attesa sono grandi, tuttavia inattuabili senza la previsione di maggiori oneri a carico della finanza pubblica [come evidenziato all'art. 9 del ddl delega]

Quanto alla questione della prevista invarianza di spesa, si ritiene possa non essere garantita per quanto previsto per:

- incentivi per aree disagiate - si ricorda ad esempio che per l'adozione dell'art. 6 della Legge 12 settembre 2025, n. 131 recante Disposizioni per il riconoscimento e la promozione delle zone montane sono stati stanziati fondi ad hoc per rendere attrattive per i professionisti sanitari le aree di montagna (ad esempio incentivi per le abitazioni (mutui e affitti), indennità aggiuntive, incremento punteggi concorsuali dopo alcuni anni di attività in zone di montagna);
- investimenti in IA - integrazione dell'Intelligenza Artificiale e della digital health per alleggerire il carico burocratico e operativo, migliorando l'efficienza senza sostituire il valore umano della cura;
- investimento strutturale per aggiornamento codice penale (si ritiene verosimile che questo proposto spostamento del peso di responsabilità aumenti il rischio assicurativo a carico delle Aziende sanitarie).