

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

Documento Anaaoo Assomed

Roma, 20 gennaio 2026

Illustre Presidente, Illustri Componenti la Commissione,

ringrazio dell’invito la XII Commissione Affari Sociali della Camera, a nome personale e dell’Associazione Anaaoo Assomed, che mi prego rappresentare, Associazione maggiormente rappresentativa della Dirigenza medica e sanitaria dipendente del Servizio Sanitario Nazionale e mi appresto ad illustrare la nostra posizione sul disegno di legge AC 2700 “*Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”.

Come già espresso in altre occasioni e in più sedi accogliamo con favore questa iniziativa perché, per dirla con le parole del Ministro Schillaci, “*il rilancio della sanità pubblica passa dalla valorizzazione dei professionisti sanitari*” ovvero “*dal capitale umano che rappresenta la parte migliore del Servizio Sanitario Nazionale*”.

Riteniamo infatti che sia essenziale costruire un sistema sanitario fondato su professionalità solide e competenze chiaramente definite, per garantire ai cittadini la qualità dei servizi che meritano. Uno sforzo sociale, istituzionale e politico perché il problema della sanità riguarda tutti, perché tutti, indipendentemente dal proprio ruolo sociale o professionale siamo stati, siamo o saremo pazienti.

È necessario rilanciare il Servizio sanitario nazionale provato da un prolungato depotenziamento a causa di risorse pubbliche non sufficienti rispetto ai fabbisogni sanitari di una popolazione che invecchia e che richiede risposte assistenziali appropriate per acuzie, cronicità sempre più diffuse e, anche, nei casi di possibili emergenze.

1. LA “CRISI” DEL SISTEMA

Lavorare nel servizio Sanitario nazionale è diventato sempre più difficile, a rischio di burn-out, di episodi di violenza, con retribuzioni non adeguate, limitate prospettive di carriera e condizioni di lavoro insostenibili.

Piuttosto che ricorrere a medici provenienti da paesi lontani e spesso molto diversi dal nostro, sarebbe opportuno promuovere investimenti adeguati a restituire attrattività al lavoro nel Servizio sanitario nazionale, risultando pertanto vitale per il suo mantenimento in vita, uno straordinario piano di reclutamento e premialità di tutte le figure professionali che in esso vi operano e del relativo superamento di vincoli ed incompatibilità che oggi non ci possiamo più permettere. Piano

straordinario da realizzarsi non con forme atipiche di reclutamento ma attraverso una semplificazione delle procedure concorsuali ed uno snellimento delle stesse, fermo restando che alla dirigenza sanitaria si accede mediante selezione pubblica con possibilità di accesso anche con una specializzazione in disciplina affine. Abbiamo più volte già denunciato, ed oggi lo ribadiamo, che da molti anni l'appiattimento delle retribuzioni della dirigenza medica e sanitaria rispetto alle altre retribuzioni del pubblico impiego e il differenziale negativo a confronto delle retribuzioni europee delle stesse professioni medico e sanitare, ha prodotto fenomeni negativi e rischiosi per la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale quali ad esempio la demotivazione del personale sanitario, la riduzione dell'accesso alle professioni e la difficoltà di reclutamento da parte delle Aziende sanitarie, la migrazione all'estero di ingenti quantità di medici, la difficoltà a garantire la continuità delle cure e il funzionamento di ospedali e di servizi sanitari. L'elenco sarebbe più lungo. Queste le ragioni economiche cui se ne possono aggiungere altre strutturali.

Assistiamo ogni giorno alla "grande fuga" dei professionisti dal SSN, una volta considerato la grande ambizione della vita professionale e un punto di arrivo, ora invece una gabbia che affossa le prospettive di carriera e diminuisce la qualità di vita, peggiore dell'attività privata per remunerazione e soddisfazione, ridotto, spesso, solo a punto di partenza per i più giovani. I motivi sono "*i soliti noti*", una incredibile sequenza di leggi, fatti e scelte che ci hanno portato a questa incresciosa situazione dal taglio dei posti letto per acuti, al tetto di spesa sul personale, alla perdita del potere di acquisto a causa dell'inflazione, al tetto sulle retribuzioni che congela al 2016 il trattamento accessorio per il pubblico impiego.

Il ritmo di lavoro è cresciuto smisuratamente, fino ad arrivare ad essere insostenibile, perché l'incremento della richiesta di salute della popolazione, anche per la pressione demografica, non è stata seguito da una conseguente stagione di assunzioni. Milioni di ore di lavoro regalate alle aziende ogni anno, la mancanza di flessibilità lavorativa, in un mondo che opera su cinque giorni lavorativi e in alcune realtà addirittura su quattro giorni, senza possibilità di riduzione dell'orario settimanale, una politica di welfare aziendale solo embrionale, un sistema di contrattazione arcaico. Potremmo aggiungere il fenomeno delle aggressioni nei confronti del personale sanitario, la condizione di precariato selvaggio, eredità del decennio 2010-19, il mancato sviluppo del part-time, i servizi di guardia organizzati su oltre 150 letti di degenza, magari in padiglioni distanti centinaia di metri, i servizi di pronta disponibilità integrativa e sostitutiva nei giorni di riposo che il numero delle chiamate telefoniche e gli interventi in ospedale trasformano di fatto in orario di lavoro. Ed ancora sarebbe sufficiente citare i dati dell'ISTAT sullo stato di salute in rapporto all'età della popolazione per dimostrare come la spesa sanitaria sia indissolubilmente legata anche all'invecchiamento della popolazione italiana.

È evidente che fin da subito abbiamo la necessità dell'implementazione di un ampio e duraturo programma di assunzioni nelle varie articolazioni della Sanità italiana al fine di evitare una nuova pletora medica che potrebbe svilupparsi tra il 2028 e il 2032 (+60.000 neolaureati rispetto al numero necessario per coprire i pensionamenti), il che equivale a dire che fino al 2027 è prevista una carenza di medici; dal 2028 in poi ci sarà un grande surplus di medici, pronti a foraggiare la sanità privata o i sistemi sanitari Europei, se non assunti nel SSN per rispondere all'aumento della domanda sanitaria prodotto dall'invecchiamento della popolazione.

Aumentare i posti a Medicina, moltiplicare a dismisura i Corsi Laurea in Medicina e Chirurgia pubblici e privati senza intraprendere la soluzione delle criticità insite nel sistema, rischia di tradursi in uno sperpero di risorse pubbliche soprattutto in mancanza di prospettive occupazionali in Italia, elemento che spingerà sempre di più i giovani verso l'estero trasformando l'Italia in una sorta di "*Cuba del Mediterraneo*". Gli interventi limitati all'incremento dell'offerta formativa appaiono sostanzialmente inefficaci nel fermare l'esodo dal sistema sanitario pubblico. È cruciale, a nostro parere, rendere attrattivo il lavoro nell'ospedale e nei servizi territoriali per cercare di accrescere l'opzione in favore del SSN da parte dei medici specialisti e specializzandi. È pertanto, necessario abbinare all'attuale offerta formativa, che in tutta evidenza richiede un ripensamento sia in termini qualitativi che quantitativi anche per il rischio di pletora nei prossimi anni, un sistema di incentivi e di valorizzazione del lavoro medico nel SSN in termini di riconoscimento sociale ed economico, oltre che di ruolo all'interno delle aziende. Solo in questo modo si potranno migliorare quei carichi di lavoro oramai divenuti insopportabili per molti operatori del SSN.

Peraltro è un fatto notorio che la formazione post laurea dei medici deve accontentarsi di retribuzioni irrisorie e a futura memoria e, pur avendo apprezzato notevolmente l'intervento del legislatore per aver istituito a partire dall'anno accademico 2024-2025 una borsa di studio agli specializzandi di area non medica (laureati in veterinaria, biologia, farmacia, odontoiatria, fisica, chimica e psicologia), altrettanto non si può dire sulla quantificazione economica della borsa e sulla sua rivalutazione, e discorso non dissimile può essere fatto per i futuri medici.

Inutile ricordare quanto emerge nel capitolo "*Il sistema di welfare*" del 58° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese ovvero che negli ultimi 24 mesi, ogni 100 tentativi di prenotare prestazioni nel Servizio sanitario, il 34,9% degli italiani finisce poi nella sanità a pagamento anche a causa della lunghezza delle liste di attesa. Lo switch nell'intramoenia o nel privato puro riguarda tanto il 37,1% delle persone con redditi medio-alti, quanto il 32,0% di quelle con redditi bassi. Lo sforzo economico per acquistare prestazioni sanitarie coinvolge anche i livelli di reddito inferiori, dunque, ed è alto il rischio di una "*sanità per censo*". Nel periodo 2015-2022 le retribuzioni dei medici nel Servizio sanitario nazionale hanno subito un taglio in termini reali del 6,1%. Non sorprende, quindi, che l'87,2% degli italiani ritenga una priorità migliorare le retribuzioni e le condizioni di lavoro dei medici. Il 92,5% considera prioritario assumere nuovi medici e infermieri. L'83,6%, dopo la traumatica esperienza dell'emergenza Covid, che ha visto la sanità impreparata ad affrontare il picco di domanda di prestazioni sanitarie, si aspettava investimenti massicci e un più intenso impegno per potenziare il sistema sanitario.

Si sta diffondendo pertanto la percezione che il livello di copertura del welfare pubblico si sia drasticamente ridotto nel tempo: un cambiamento epocale rispetto alle generazioni precedenti. Attualmente il giudizio prevalente è che il sistema di tutele pubbliche si limiti alle prestazioni essenziali, mentre per il resto si paga direttamente con la triste considerazione che il welfare pubblico si tramuta in un costo che grava sui budget familiari.

Doveroso allora riflettere sulle risorse da investire, argomento non secondario nell'analisi delle professioni sanitarie

L'aumento significativo del Fondo Sanitario Nazionale delle ultime manovre di Bilancio, 2,4 miliardi che si aggiungono ai 3,6 dello scorso anno, è da salutare con soddisfazione, anche tenendo conto del recente picco inflattivo, per fare fronte alla crescita dei costi tecnologici e della domanda

sanitaria legata all'invecchiamento della popolazione. Il 6,4% del PIL rimane, però, ancora al di sotto della media OCSE.

Va riconosciuto alla politica il merito di aver ottenuto un incremento del Fondo Sanitario Nazionale dal 2025 al 2026, ma si corre il rischio che il gap esistente tra entità di FSN e le previsioni di spesa sanitaria fissate dal DPEF finisca per pesare sui bilanci delle Regioni ed inevitabilmente sui cittadini con aumento della tassazione ed eliminazione di servizi e prestazioni a loro favore.

Per dirla con la Corte dei Conti (*Quaderno n. 4 - La Sanità in cammino per il cambiamento*) la sanità italiana procede tra contraddizioni e squilibri strutturali e mette in luce i progressi reali ma anche le criticità che rischiano di compromettere la tenuta del modello universalistico (la spesa sanitaria cresce ma non abbastanza, la quota di spesa privata resta elevata, aggravando la regressività del sistema e i divari di accesso tra Nord e Sud; la sostenibilità economica regionale resta fragile e invita a "rafforzare il coordinamento nazionale per evitare nuove crisi di liquidità"; il personale la vera criticità).

In sintesi stiamo vivendo un'epoca di grandi cambiamenti, dopo la pandemia che ha messo a dura prova il nostro sistema di cure stravolgendolo, probabilmente per sempre. Dobbiamo non solo prendere atto di questo cambiamento ma soprattutto avere la volontà sociale, istituzionale e politica di assecondare insieme il cambiamento con un ripensamento delle politiche di formazione e di incentivazione della categoria, in termini qualitativi e quantitativi.

Prioritaria a nostro avviso diventa la necessità di investire realmente nelle risorse umane del SSN, perché inutili sono i tentativi di barcamenarsi sui numeri attuali, insufficienti a garantire il bisogno di salute, tra liste di attesa misurate in anni e un privato spumeggiante.

Non si può pensare di affrontare con la stessa forza lavoro e le stesse modalità organizzative una richiesta di cure notevolmente più alta di venti anni fa!

2. ANALISI DEL DISEGNO DI LEGGE

Il provvedimento in esame si inserisce nel quadro delle riforme collegate alla legge di bilancio 2024 e mira a rendere il sistema delle professioni sanitarie più efficiente, inclusivo, attrattivo e adeguato all'evoluzione scientifica e tecnologica, intervenendo sia sugli aspetti formativi che ordinamentali e sulla disciplina della responsabilità professionale.

Si esprime apprezzamento per il fatto che la relazione tecnica allegata al disegno di legge includa un'analisi tecnico-normativa e una valutazione d'impatto della regolamentazione. Tali elaborati delineano compiutamente il quadro di riferimento, evidenziano le criticità strutturali del sistema sanitario — quali la carenza di personale, le disomogeneità territoriali, la crisi vocazionale di alcune professioni e i fenomeni di medicina difensiva — e definiscono gli obiettivi della riforma, gli indicatori di risultato attesi e le motivazioni sottese alla scelta della legge delega. Ne emerge la qualità del lavoro svolto dalla Commissione in sinergia con i professionisti del settore, come già emerso nell'indagine conoscitiva dello scorso anno, preliminare al presente intervento normativo.

Brevemente sulla disamina del testo che si compone di nove articoli suddivisi in tre capi.

In particolare il capo relativo alla delega al Governo in materia di professioni sanitarie definisce finalità, termini e modalità di attuazione della delega, prevedendo il coinvolgimento delle regioni e delle province autonome e la possibilità di adottare disposizioni integrative e correttive entro 18

mesi dall'entrata in vigore dei decreti attuativi. Stabilisce principi e criteri direttivi generali (coordinamento normativo, abrogazione delle disposizioni incompatibili, revisione dell'apparato sanzionatorio) e specifici, tra cui: riordino delle forme di lavoro flessibile per i medici specializzandi, regolamentazione di tempi minimi di permanenza in aree disagiate, incluse le isole minori; misure per favorire il mantenimento in servizio del personale sanitario e la valorizzazione delle carriere, anche in aree svantaggiose; razionalizzazione delle attività amministrative e promozione della sicurezza dei professionisti; meccanismi premiali legati alla performance e riduzione delle liste d'attesa, sviluppo di una metodologia comune per la pianificazione del fabbisogno di specializzandi; valorizzazione e aggiornamento delle competenze professionali, promozione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze, strategia per la gestione dell'intelligenza artificiale in sanità e aggiornamento della formazione manageriale; ridefinizione dei percorsi formativi, in particolare per medicina generale, chimici, odontoiatri e biologi; revisione della disciplina degli ordini professionali, con correttivi su competenze, durata dei mandati e valorizzazione del ruolo sussidiario degli ordini.

Il secondo capo reca disposizioni in materia di responsabilità professionale apportando modifiche alla Legge Gelli Bianco e al Codice di Penale, con la finalità di ridurre gli effetti perniciosi della cosiddetta medicina difensiva, che a sua volta è conseguente alle numerose e spesso infondate denunce nei confronti dei medici, con ricadute disastrose per l'efficienza del servizio sanitario, per le casse dello Stato e per la stessa salute dei cittadini. In particolare si modifica l'articolo 590-sexies del codice penale, prevedendo che il sanitario sia punibile solo per colpa grave se si attiene a linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate al caso concreto e viene introdotto l'articolo 590-septies c.p., che prevede, nell'accertamento della colpa, la valutazione di condizioni oggettive come scarsità di risorse, carenze organizzative non evitabili, complessità della patologia, ruolo svolto in équipe e situazioni di urgenza. Questa "garanzia condizionata" punta a equilibrare la necessaria tutela delle vittime degli errori medici con la protezione degli operatori sanitari dall'eccesso di responsabilità penale per colpe lievi o inevitabili, in specie in presenza di risorse limitate ovvero di situazioni di peculiare complessità clinica.

Il terzo ed ultimo capo contiene disposizioni finanziarie, prevedendo la clausola di invarianza finanziaria: l'attuazione delle deleghe non deve comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

3.LE OSSERVAZIONI ANAAO ASSOMED.

RUOLO E SPECIFICITÀ DELLA DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA: UNO STATO GIURIDICO ADEGUATO AI PROFESSIONISTI

Una riforma delle professioni sanitarie non può prescindere da una attenzione al ruolo e alla specificità della dirigenza medica e sanitaria che opera nelle strutture pubbliche, nelle Aziende ospedaliero universitarie, al ruolo dei professionisti operanti nelle strutture privato accreditate e alle condizioni di lavoro in cui versano tali professionisti.

Riteniamo pertanto necessario che nel testo vengano inserite tali osservazioni con un richiamo specifico alla valorizzazione del ruolo e specificità della dirigenza medica e sanitaria (differenziandola dal resto dei dirigenti appartenenti alla pubblica amministrazione disciplinata dal d.lgs. 165/2001) come di seguito declinato.

I dirigenti medici e sanitari sono gli unici che per la loro attività lavorativa hanno come riferimento una norma della Costituzione dove il diritto alla salute, che è la loro missione, è definito fondamentale. Questo a dimostrazione del ruolo e della specificità della dirigenza medica e sanitaria di cui all'articolo 15 del d.lgs. 502/1992. Oggi, però, lo stato giuridico del dirigente medico e sanitario costituisce un ossimoro peculiare: dipendente, per collocazione all'interno del pubblico impiego, e dirigente, sia per la natura intrinseca di unico interprete dei bisogni di salute dei cittadini, sia per il trasferimento di delega della proprietà nella gestione di risorse economiche e tecnologiche anche ingenti. La responsabilità gestionale è insita in ogni atto per la valenza delle risorse impiegate e ogni scelta clinica rappresenta una decisione etica ed economica di cui il medico è responsabile. Nella morsa della crisi, l'ossimoro disegnato dalla Riforma Bindi mostra tutti i suoi limiti. Oggi i medici si sentono sempre più stretti nel contenitore del pubblico impiego, nel quale non si riconoscono, che tratta allo stesso modo professionisti, cui è demandata la tutela di un bene prezioso, quale la salute, e impiegati dello Stato. Professionisti che per le aziende non sono altro che uno dei tanti fattori produttivi di un modello organizzativo rimasto l'ultima espressione di fordismo. Un esempio eclatante dell'anomalia è dato dalla contraddizione relativa all'area contrattuale della dirigenza sanitaria. Le linee di indirizzo e gli atti programmati nazionali in campo sanitario sono assunti dal Ministero della Salute, mentre l'organizzazione dei servizi sanitari e la gestione del personale è definita dalle Regioni e le modalità di contrattazione dal Ministero della Funzione Pubblica. La riscrittura del lavoro medico all'interno delle organizzazioni sanitarie passa per una modifica dello stato giuridico. Quello che la grande fuga ci racconta è una forte disaffezione nei confronti del proprio posto di lavoro. Manca uno spirito di appartenenza e una condivisione di valori, complice anche l'incertezza cognitiva sui percorsi strategici, la scarsa trasparenza nella gestione delle risorse, l'irrilevanza cui le categorie professionali sono tenute dalla prosopopea di una certa cultura aziendale che pensa di potere costruire maxi aziende con mini medici e mini dirigenti sanitari. Esclusa la categoria speciale, che è la morte del sindacato senza nemmeno garantire miglioramenti concreti economici e normativi, accentuare il carattere di "Dirigenza speciale" delineato dall'art.15 del d.lgs. 502/1992 e s.s.m.i. è condizione necessaria ma, forse, non sufficiente. Il rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria è già disciplinato dalla legislazione "speciale", contenuta nel d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché da una contrattazione specificamente dedicata (Area Sanità). La stessa legge delega Madia 124/2015 all'art. 11 aveva ignorato la dirigenza sanitaria, a conferma della specialità di questi dirigenti. L'anello di collegamento fra il sistema generale e quello speciale è costituito dall'art. 15, comma 2 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, ove si prevede che la "*dirigenza medica è disciplinata dal D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni (ndr. ora d.lgs. n. 165 del 2001), salvo quanto previsto dal presente decreto*". Appare utile un intervento legislativo che preveda un'inversione della formulazione della norma nel senso di stabilire che la dirigenza sanitaria è disciplinata dalla 502 e, in via residuale e/o sussidiaria, per quanto non previsto, dal d.lgs. 165/2001, al fine di accentuare ed enfatizzare il carattere di specialità della legislazione della dirigenza del ruolo sanitario rispetto alle altre dirigenze del pubblico impiego. Sarebbe opportuno costruire anche una declinazione interpretativa e attuativa di tale "specialità" in alcuni particolari istituti strategici per la dirigenza sanitaria. In particolare:

PRINCIPI DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO. La dirigenza del ruolo sanitario per le sue peculiarità è una dirigenza di tipo tecnico professionale. Le caratteristiche del ruolo e la sua specificità, disciplinata dall'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, richiedono che le materie dell'orario di lavoro e dell'organizzazione del lavoro, di cui al comma 2 del decreto legislativo 165/2001, siano negoziabili tra le parti collettive. Tale modifica normativa non comporta alcun onere di spesa a carico della finanza pubblica. Peraltro sull'organizzazione del lavoro si potrebbe inserire un livello di contrattazione Regionale; tale intervento andrebbe a ridurre la variabilità di applicazione contrattuale all'interno della stessa regione tra un'Azienda e l'altra; garantirebbe la crescita del livello di competenza sia datoriale che sindacale, mettendo soprattutto a riparo la parte sindacale; consentirebbe nel tempo la costruzione di un monitoraggio di contrattualizzazione aziendale tale da selezionare e diffondere le migliori pratiche.

FLESSIBILITÀ. È necessario accompagnare il cambiamento del mondo del lavoro. Il concetto di "flessibilità" andrebbe applicato in prima ipotesi al sistema di accesso alla dirigenza medica e sanitaria, sistema oggi molto rigido. Aumentare la flessibilità in entrata (attualmente inesistente, solo avvisi e concorsi pubblici) è un'innovazione che va incontro non solo alle attuali attitudini e necessità dei professionisti, ma consente anche di migliorare e rendere più tempestiva e adattabile l'organizzazione del lavoro nel SSN. Il principio guida della flessibilità va sostenuto anche durante tutta la carriera lavorativa consentendo il passaggio tra rapporti e ruoli diversi.

Per garantire una *flessibilità in entrata* si rende necessario procedere e intervenire sui seguenti temi:

- a. **Semplificazioni procedure concorsuali.** Il privato accreditato – che è parte del SSN – ha su questo punto un inaccettabile vantaggio competitivo. Il decreto legge 14 marzo 2025, n. 25 convertito in legge 9 maggio 2025, n. 69 all'articolo 12 co. 2 muove in questa direzione. Allo scopo di snellire e semplificare le procedure concorsuali sarebbe opportuno modificare anche la composizione delle commissioni concorsuali prevedendo esperti di "provata competenza nelle materie di concorso" (ed in tal senso eliminando le incompatibilità con i rappresentanti sindacali), chiamati in "ragione del loro ufficio" e considerando l'incarico di componente la commissione quale attività di servizio a tutti gli effetti di legge, qualunque sia l'amministrazione che l'abbia conferito.
- b. **Tipologia dei rapporti di lavoro:**
 - valutare oltre alla dipendenza standard, una sorta di liberalizzazione del part time;
 - valutare differenti regimi di impegno orario;
 - prevedere maggiore flessibilità per prestazioni aggiuntive e libera professione, anche per specializzandi;
 - prevedere il passaggio della contrattazione collettiva al Ministero della salute.

CARRIERA. Il lavoro del dirigente medico e sanitario è un lavoro professionalizzante, svolto all'interno di un ambiente competitivo e selettivo. Peraltro la dirigenza medica e sanitaria è sottoposta a continue valutazioni (su capacità professionali, gestionali, sul raggiungimento degli obiettivi, sul budget, sul livello di autonomia raggiunto). Si potrebbe ipotizzare sulla carriera una sorta di "ascensore semiautomatico", non sostitutivo degli incarichi, sulla scorta di quanto accade in magistratura, per valorizzare il concetto che il lavoro svolto è un lavoro

professionalizzante: si cresce di livello in quanto crescono autonomia e responsabilità acquisite. Si potrebbe partire da un “*entry level*” cui far seguire una serie di gradini successivi ai quali attribuire un valore economico e una declaratoria di gradi di autonomia e responsabilità cui si accede a seguito della valutazione annuale già esistente per il raggiungimento degli obiettivi di risultato e in assenza di procedimenti disciplinari.

ARCHITETTURA E SVILUPPO DELLA CARRIERA E DELLE RETRIBUZIONI. Per favorire una più rapida crescita professionale dei medici e sanitari neoassunti, anche nell’ottica di rendere più “appetibile” l’ingresso dei giovani specialisti nel SSN, occorre eliminare il vincolo di anzianità quinquennale con riferimento agli incarichi di tipo professionale, lasciando invece immutato il requisito di esperienza richiesto per lo svolgimento di funzioni di natura gestionale.

LIBERA PROFESSIONE. L’esclusività di rapporto del dirigente sanitario, fin dal momento fondativo, è stata intesa quale investimento e sforzo di fidelizzazione del professionista per rafforzare il Servizio Sanitario pubblico e chi vi opera come elemento di valore decisivo, in un “patto di fedeltà reciproca”. Dunque un patto di valore e di riconoscimento del lavoro e della professionalità.

Questo equilibrio garantiva il contemporamento di due legittimi interessi/diritti: l’esercizio del diritto del professionista di esercitare l’attività in modo liberale, pur nel rispetto di determinati vincoli e condizioni, e il diritto del paziente di scegliere il professionista, rafforzando e conservando il rapporto fiduciario medico-paziente.

In tale ambito, la scelta legislativa di garantire, in presenza di determinate presupposti, la possibilità di esercizio della LP nella forma della c.d. “intramoenia allargata” consentiva comunque di rispettare l’equilibrio del sistema nel reciproco interesse di tutti i soggetti coinvolti.

Tuttavia, l’intervento di norme successive alla c.d. riforma Bindi (*il riferimento è alla Legge 3/8/2007, n. 120 recante “Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”, e anche alla legge 8 novembre 2012, n. 189 recante “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*), nell’ intento di dare completa definizione ed attuazione alla previsione dell’intramoenia in senso esclusivo, ha determinato diseguaglianze e talvolta, limiti e vincoli irragionevoli: la riconduzione esclusiva dell’ALPI “all’interno degli spazi ospedalieri-aziendali” e la corrispondente limitazione dell’intramoenia allargata (confinata ad ipotesi sempre più residuali), ha prodotto diseguaglianze, iniquità, opacità, perdita di chances e, più in generale, insoddisfazione professionale per il personale medico e sanitario, sempre più orientato a fuoriuscire dal sistema pubblico.

Si può quindi dire che il tentativo di superamento della cosiddetta “intramoenia allargata” è stato nel corso del tempo un processo fallimentare.

Alla luce di quanto sopra e nell’intento di adattarsi al cambiamento dei tempi, occorre ripensare l’attuale sistema favorendo un ritorno al patto fondativo del rapporto esclusivo con attività libero professionale svolta in forma allargata e non necessariamente all’interno degli spazi aziendali.

La scelta di confinare l'attività LP “*in un unico luogo fisico*”, spesso inadeguato e irrispettoso della dignità professionale del medico, si è rivelata una strada impraticabile, ingiusta, che penalizza il professionista e l’Azienda stessa, che ne deve sostenere i costi, e peraltro produce ingiuste restrizioni (si pensi, ad esempio, a quelle Regioni, come l’Emilia Romagna e la Toscana, in cui l’opzione per il regime extramoenia preclude la possibilità di ricoprire incarichi apicali di direzione di struttura complessa; con conseguenze perdita di chances professionali che spesso dà luogo a una forte mobilità sanitaria di operatori e pazienti).

In tale contesto, si propone pertanto di rendere più “flessibile” e realistico l’esercizio della libera professione ampliando e liberalizzando “i luoghi di esercizio della LPI”, favorendo il passaggio a un modello di “intramoenia diffusa” e “vigilata”, che consenta al dirigente di poter scegliere il luogo di esercizio dell’ALPI più aderente alle proprie esigenze professionali, pur nel rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro e di trasparenza delle prestazioni, senza arrecare alcun pregiudizio all’attività istituzionale e, più in generale, all’interesse pubblico.

In questo modo, fermo restando l’attuale principio di unicità e di esclusività di rapporto che continuiamo a difendere, si renderebbe più “flessibile” il ricorso all’esercizio della libera professione garantendone una maggiore integrazione con l’attività istituzionale: l’intramoenia diverrebbe parte della soluzione e non “il” problema delle liste di attesa, soprattutto per alcune tipologie di prestazioni a bassa complessità e a basso rischio (visite, attività chirurgica ambulatoriale, chirurgia in elezione – come ernie, coleisti non complicate, protesi d’anca o di ginocchio etc. - diagnostica per immagini), ipotizzando al contrario, una limitazione per quelle tipologie di prestazioni oggettivamente inconciliabili con la libera professione come, le attività di emergenza-urgenza, le cure oncologiche o i grandi interventi, che andrebbero prioritariamente eseguiti all’interno delle strutture ospedaliere.

Nell’ottica di incentivare l’utilizzo dell’intramoenia quale strumento per l’abbattimento delle liste d’attesa, si potrebbe favorire l’adozione di un sistema di tassazione agevolata, superando l’attuale regime normativo contenuto nell’articolo 50, comma 1 lettera e) del TUIR (DPR 22 dicembre 1986, n. 917) – al pari di quanto già avviene per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive acquistate dall’azienda (articolo 7 del Decreto Legge 73/2024, convertito Legge 29/07/2024, n. 107), che come noto sono soggette ad una imposta sostitutiva sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento.

4. IL SSN E UNIVERSITÀ E SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Una riforma del decreto legislativo 502/1992 non può prescindere da una rivalutazione e coordinamento “speculare” con il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 “*Disciplina dei rapporti fra SSN ed Università, a norma dell’articolo 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419*”, almeno per mettere un freno ai dilagante processi di clinicizzazione, intesa come l’attribuzione a un docente universitario della direzione di una struttura complessa o semplice ospedaliera in base ad atti convenzionali e/o al di fuori delle procedure concorsuali previste per il personale SSN. Pertanto riteniamo necessario che nel testo si faccia menzione di tale problematica.

È altresì opportuno:

- ✓ assicurare che l'aggiornamento delle competenze e attribuzioni delle attuali figure professionali non vada a sovrapporsi o invadere le competenze già attribuite alle professioni mediche, veterinarie e sanitarie dirigenziali;
- ✓ pervenire alla uniformità dell'assetto delle scuole di specializzazione tra medici e sanitari anche dal punto di vista economico garantendo altresì che i posti non occupati dai medici nelle scuole pluriaccesso vengano resi disponibili ai sanitari non medici delle altre categorie dirigenziali;
- ✓ consentire l'accesso ai biologi alla scuola di specializzazione in anatomia patologica con apposito indirizzo che l'aggiornamento delle competenze e attribuzioni delle attuali figure professionali non vada a sovrapporsi o invadere le competenze già attribuite alle professioni mediche, veterinarie e sanitarie dirigenziali.

5. IL PERSONALE DEL SISTEMA PRIVATO ACCREDITATO

Si ritiene altresì necessario svolgere un'ulteriore riflessione in merito al personale operante presso le strutture private accreditate. Come noto, il Servizio sanitario nazionale si fonda su una componente pubblica e su una componente privata accreditata, entrambe finanziate attraverso il Fondo sanitario nazionale e assoggettate a specifiche regole e requisiti di accreditamento, ai sensi degli articoli 8-bis, 8-ter e 8-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992. Nonostante tale assetto, si rileva una marcata disomogeneità sul piano normativo tra il personale delle strutture pubbliche e quello delle strutture private accreditate, dovuta all'assenza di una disciplina specifica riferita a quest'ultimo. Il personale delle strutture private accreditate opera, infatti, sulla base di rapporti di lavoro di natura privatistica, in mancanza di un quadro nazionale uniforme in materia di inquadramento professionale, tutele, rappresentanza sindacale e trattamento economico.

Tale situazione configura una vera e propria area di criticità del sistema, dalla quale derivano una frammentazione dei contratti collettivi applicabili, fenomeni di dumping contrattuale e livelli di tutela inferiori rispetto al personale del settore pubblico, pur a fronte dell'erogazione di prestazioni finanziate dal Servizio sanitario nazionale e sottoposte ai medesimi standard qualitativi e ai medesimi controlli. Appare pertanto necessario colmare tale lacuna strutturale mediante un intervento legislativo nazionale volto a definire lo status professionale del personale sanitario operante nelle strutture private accreditate, a stabilire criteri certi di rappresentanza sindacale, a promuovere un'armonizzazione dei trattamenti contrattuali e a riconoscere formalmente il ruolo di tale personale nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Ciò al fine di garantire equità, qualità dei servizi e coerenza complessiva del Servizio sanitario nazionale.

Alla luce di tali considerazioni, si richiama il legislatore a farsi carico anche di questa specifica fattispecie.

6. IL "LAVORO USURANTE". LE AGGRESSIONI

Si ritiene opportuno introdurre un'ulteriore specificazione nell'articolo 3, lettere d) ed e) — rispettivamente volte a razionalizzare e semplificare le attività amministrative gravanti sul personale sanitario, migliorando l'utilizzo dei tempi di lavoro, e a garantire la sicurezza dei professionisti sanitari nello svolgimento dell'attività lavorativa — al fine di rafforzare e implementare la disciplina vigente in materia di aggressioni al personale sanitario, elevando a

rango di legge la Raccomandazione del Ministero della salute n. 8 del 2007, nonché di valorizzare in modo più esplicito il carattere usurante dell'attività sanitaria.

Tale carattere non può essere ricondotto esclusivamente alla dimensione della fatica fisica, ma deve essere inteso in senso più ampio, quale risultato di un complesso di fattori stressogeni e logoranti che connotano l'esercizio delle professioni sanitarie in generale e, in particolare, le funzioni della dirigenza medica e sanitaria. Proprio tali elementi hanno indotto il legislatore, nel tempo, a fondare la disciplina del lavoro usurante nel settore sanitario su un sistema integrato di norme e orientamenti giurisprudenziali finalizzati alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, riconoscendo la rilevanza delle condizioni di stress lavorativo e delle mansioni particolarmente gravose.

In tale contesto, assume rilievo primario l'elevato livello di responsabilità decisionale gravante sui professionisti sanitari, le cui scelte incidono direttamente su beni fondamentali quali la vita e la salute delle persone, determinando un carico psicologico continuo e difficilmente comparabile con quello di altre attività professionali. A ciò si aggiungono condizioni di lavoro caratterizzate da ritmi particolarmente intensi, turnazioni notturne, reperibilità, servizi di guardia prolungati, attività svolte nei giorni festivi e prefestivi, elementi che alterano i ritmi circadiani e incidono significativamente sulla vita familiare e sociale, con effetti negativi documentati sulla salute nel breve, medio e lungo periodo. Ulteriori profili di criticità sono rappresentati dall'esposizione a rischi psicosociali, derivanti dal contatto continuo con la sofferenza, la malattia e il lutto, che determinano un'elevata incidenza di fenomeni di burnout, disturbi depressivi e sindromi da stress post-traumatico, nonché dall'esposizione a rischi fisici e biologici, inclusi episodi di aggressione verbale e fisica da parte di utenti e familiari, il contatto con agenti patogeni e l'esposizione a radiazioni ionizzanti. Non meno rilevante risulta, infine, il crescente carico di adempimenti amministrativi — quali la compilazione di cartelle cliniche, relazioni e richieste — che sottrae tempo all'attività di cura, è percepito come privo di valore aggiunto e contribuisce in modo significativo allo stress da burocrazia e al sovraccarico lavorativo.

Alla luce di tali considerazioni, la problematica appare meritevole di un intervento normativo specifico e organico, che tenga conto anche della definizione di lavori usuranti e pericolosi fornita dalla European Trade Union Confederation e successivamente richiamata dalla Commissione europea nel documento del 2016 *"Retirement regimes for workers in arduous or hazardous jobs in Europe – A study of national policies"*, secondo cui tali lavori comprendono le occupazioni che comportano, nel tempo, l'esposizione a fattori suscettibili di produrre effetti duraturi e irreversibili sulla salute, legati a vincoli fisici, rischi psicosociali, ambienti di lavoro aggressivi, organizzazione e ritmi lavorativi, inclusi i turni.

Il riconoscimento del carattere usurante dell'attività sanitaria non andrebbe inteso come l'attribuzione di un privilegio a una singola categoria professionale, bensì come un investimento strategico sulla sostenibilità, sulla qualità e sulla tenuta complessiva del Servizio sanitario nazionale.

7.LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

Sul capo relativo alla responsabilità professionale, si esprime apprezzamento per l'intento del legislatore di rilanciare le professioni sanitarie, ponendo i professionisti nelle condizioni di operare

con maggiore serenità, in un'ottica di equilibrato bilanciamento tra gli interessi in gioco. In tale prospettiva, appare condivisibile la scelta di confermare la rilevanza della responsabilità penale nei soli casi di dolo o colpa grave, senza in alcun modo comprimere il diritto dei cittadini al pieno e giusto risarcimento dei danni eventualmente subiti.

Si valuta positivamente, altresì, l'introduzione in via strutturale della forma di "garanzia condizionata", subordinata al rispetto delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali, adeguatamente calibrate sul caso concreto. In particolare, la previsione di parametri specifici che il giudice è chiamato a considerare nella valutazione della colpa — quali la disponibilità di risorse umane e materiali, le eventuali carenze organizzative della struttura e la complessità della patologia trattata — consente di contestualizzare la condotta del professionista in relazione alle effettive condizioni in cui l'attività sanitaria è stata svolta, evitando valutazioni astratte o sproporzionate. Resta ferma, in ogni caso, la punibilità nei casi di dolo e di colpa grave.

Il cosiddetto "*scudo penale condizionato*", pur rappresentando un passo significativo verso il contenimento del fenomeno della medicina difensiva e nel tentativo di ricomporre i diversi valori e interessi coinvolti, non produce effetti sul piano della responsabilità civile e disciplinare. Il professionista sanitario rimane, infatti, esposto all'azione risarcitoria, anche parziale, nonché a procedimenti di natura amministrativa, deontologica e, non da ultimo, mediatica.

La riforma appare pertanto ispirata da finalità condivisibili; tuttavia, si auspica che essa rappresenti l'avvio di un percorso legislativo più ampio, organico e sistematico. In tale ottica, meriterebbero approfondimento ulteriori profili, quali una possibile ridefinizione della decorrenza dei termini di prescrizione per i reati di omicidio e di lesioni personali, al fine di attenuare il rischio che il decorso del tempo comprometta la ricostruzione puntuale delle condizioni concrete in cui il professionista sanitario ha operato. Analogamente, si potrebbe valutare l'introduzione di strumenti idonei a contrastare iscrizioni generalizzate e premature della notizia di reato, rafforzando ulteriormente la tutela penale del professionista, anche mediante la previsione di ipotesi di non procedibilità. Ciò contribuirebbe, altresì, a incidere sul meccanismo mediatico che tende a trasformare l'iscrizione nel registro degli indagati — sovente estesa a tutti gli operatori coinvolti — da atto di garanzia in una forma di anticipata condanna. Considerazioni analoghe potrebbero essere estese all'istituto del non luogo a procedere, con particolare riferimento alla possibilità di una più incisiva valorizzazione del potere del giudice di pronunciare tale decisione anche nei casi in cui gli elementi acquisiti non consentano di formulare una ragionevole previsione di condanna.

Infine, appare opportuno collocare il dibattito riformatore in una prospettiva comparata, guardando alle esperienze maturate in altri ordinamenti europei. In particolare, merita attenzione il progressivo orientamento verso modelli di depenalizzazione della condotta del medico, accompagnati da sistemi efficaci di prevenzione e gestione del rischio clinico, secondo il paradigma del cosiddetto modello "no fault", già adottato in diversi Paesi europei.

8.LA "CLAUSOLA DI INVARIANZA FINANZIARIA"

Da ultimo, ma non per questo di minore rilievo, merita specifica considerazione l'articolato finale del disegno di legge, che reca una clausola di invarianza finanziaria, prevedendo l'attuazione delle misure ivi contenute senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Tale previsione suscita perplessità, in quanto numerosi interventi delineati nel testo — dalla formazione

aggiuntiva del personale all'adeguamento dei sistemi informativi — appaiono, per loro natura, suscettibili di comportare costi non trascurabili e richiedono, quantomeno nella fase di avvio, adeguate e specifiche coperture finanziarie. Le riforme strutturali del sistema sanitario, per essere effettive e sostenibili, necessitano di un coerente e congruo supporto finanziario. Il perdurante sottofinanziamento del Servizio sanitario nazionale, che rappresenta una delle principali criticità del sistema, rischia altrimenti di continuare a svalutare il lavoro di cura svolto nel settore pubblico e di compromettere l'effettiva attuazione degli obiettivi di riforma.

9.CONCLUSIONI

Senza personale non si può “fare sanità”. La dirigenza medica e sanitaria ha bisogno di risorse affinché il lavoro ritorni al centro della scena, con il suo valore, anche economico, per costruire una condizione umana e professionale più piena eliminando fattori rischiosi per la stessa tenuta del SSN. Ma ha bisogno anche di riforme per andare incontro alle mutate esigenze dei professionisti e della stessa comunità ed operare, seguendo la esortazione del Capo dello Stato, *“Per il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale, presidio insostituibile di unità del Paese”*.

Pur riconoscendo gli sforzi compiuti per la modernizzazione del SSN, il cambiamento non può ritenersi compiuto, perché la sostenibilità del sistema — economica, organizzativa e sociale — dipenderà anche e soprattutto dalla capacità di investire sul capitale umano completando le riforme con una governance più efficace. La questione delle professioni sanitarie esiste ed è percepita a tutti i livelli nella sua importanza e gravità. E, per risolverla, occorrono non solo risorse ma progetti chiari e incisivi di riforma. Serve una nuova riforma del sistema capace di restituire fiducia agli operatori sanitari, riconoscendo loro maggiore responsabilità nei processi di gestione e autonomia nei processi di cura attraverso la definizione di un nuovo ruolo capace di garantire la salute dei cittadini e allo stesso tempo di farsi carico anche della sostenibilità economica del sistema. Ma serve anche una riforma che sia capace di ricucire la frattura tra il nord e il sud del paese e di superare le diseguaglianze nell'accesso al diritto alla salute.

Occorre una vera e propria “rivoluzione” della sanità, e a richiederlo non sono solo i professionisti che vi operano ma gli stessi cittadini.

Una “rivoluzione” che metta al centro non i pareggi di bilancio, da perseguire in maniera ragionieristica, ma gli obiettivi di salute, i professionisti e i cittadini.

Una rivoluzione che consideri gli operatori ed i professionisti della salute il “motore” del sistema di cure: una vera sfida sociale perché senza la dirigenza medica e sanitaria, senza i professionisti della sanità non ci può essere salute per i cittadini e si andrebbe a ledere quel diritto fondamentale sancito dall'articolo 32 della Costituzione come fondamentale per tutti i cittadini.

L'Anaaoo Assomed continuerà ad avanzare proposte, politiche e legislative, per rispondere ad un cambiamento ormai indispensabile.

*Dott. Pierino Di Silverio
Segretario Nazionale Anaaoo Assomed*