



**Audizione dell'Associazione SALUTEQUITA'
nell'ambito della discussione del Ddl recante
"Conversione in legge del decreto-legge 27
dicembre 2024, n. 202, recante disposizioni
urgenti in materia di termini normativi" (AS. 1337)**

**Senato della Repubblica
Commissione 1ª (Affari costituzionali)**

Roma, 16 gennaio 2025

Premessa

Attraverso la presente nota, Salutequità¹ intende portare all'attenzione della Commissione permanente Affari Costituzionali del Senato della Repubblica osservazioni e proposte relative al Disegno di Legge n. 1337 (d-l 202/2024 disposizioni urgenti in materia di termini normativi).

La nota è articolata in tre parti:

- Presentazione Salutequità
- Valutazione e proposte relative all'art. 4, commi 7, 8, 10.
- Focus sul personale sanitario in emergenza-urgenza – art. 4, commi 3, 4, 5, 11.

L'ASSOCIAZIONE

SALUTEQUITÀ è il "laboratorio italiano" per l'analisi dell'andamento e dell'attuazione delle politiche sanitarie e sociali e per la loro innovazione, con particolare riguardo al rispetto del principio dell'equità e il rispetto dei diritti dei pazienti. Vuole rappresentare un punto di riferimento autorevole per istituzioni, professionisti, organizzazioni, media, pubblica opinione e per tutti gli altri attori del sistema salute, per una lettura «critica» che tenga contemporaneamente insieme la salvaguardia della salute e dell'equità nelle politiche, nei fenomeni, nelle tendenze e nei provvedimenti.

È un soggetto apartitico che chiama a raccolta «le menti e le competenze» presenti a livello nazionale e internazionale, in una prospettiva multistakeholder.

Un luogo per l'innovazione partecipata delle politiche sanitarie e sociali, al fine di tutelare e rafforzare il diritto alla salute e la sanità pubblica, lo sviluppo economico, civile e democratico del nostro Paese. SALUTEQUITA' sostiene le politiche pubbliche affinché coniughino e salvaguardino sempre salute ed equità, considerandoli elementi inscindibili tra loro e prerequisiti l'uno per l'altro. Intende porre al centro del dibattito, delle politiche pubbliche e dell'organizzazione sanitaria il diritto alla salute in tutte le sue componenti fondanti, con particolare attenzione alla capacità di garantire equità.

Consideriamo il Diritto alla Salute come diritto fondamentale incompressibile, che le politiche di bilancio devono sostenere al meglio.

¹ <https://salutequita.it/chi-siamo/lassociazione/>

Per noi il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è:

- un bene comune e una delle più grandi opere pubbliche realizzate in Italia;
- un presidio a tutela della democrazia e del diritto alla salute di tutte le comunità;
- uno straordinario e ineludibile strumento per la crescita economica, civile e culturale del Paese, così come per la coesione sociale.
- un bene comune da consegnare alle future generazioni in condizioni migliori rispetto a quelle attuali.

Vogliamo tutelare il diritto alla salute elaborando e promuovendo l'innovazione del SSN, al fine di dare effettività ai suoi principi fondanti: equità, solidarietà e universalità.

Siamo un presidio a garanzia della qualità delle politiche sanitarie e sociali, a partire dal rispetto del diritto all'equità di accesso alle cure in tutto il Paese.

CONSIDERAZIONI E PROPOSTE SUI CONTENUTI DEL DECRETO LEGGE

Il Decreto-legge, oggetto di conversione, all'art. 4, affronta temi che impattano fortemente sull'equità delle cure da un lato e sulla sostenibilità del SSN dall'altro e che, proprio per questo, sono state oggetto di attività di analisi e proposte da parte di Salutequità nel corso degli ultimi 4 anni.

La necessità di prorogare misure attivate nel pieno della pandemia relative al personale sanitario mostrano che **il SSN si trova ancora in fase emergenziale**: non siamo riusciti a fronteggiarne le carenze con impatto sull'accessibilità ai servizi e alle cure da parte dei cittadini, in particolare quelli con età più avanzata, grado di istruzione basso e condizioni economiche svantaggiate.

Nel 2023 il 7,6% della popolazione italiana ha rinunciato a curarsi, si tratta di 4,5 milioni di persone e la prima motivazione è imputabile alle lunghe liste d'attesa².

Altra considerazione è relativa alla necessità di ancorare alcune delle proroghe indicate ad una **valutazione** stringente dell'implementazione di quanto previsto, nonché vincolare **l'attribuzione dei fondi al conseguimento di alcuni risultati** da parte delle Regioni così da assicurare che le proroghe che si intendono approvare sortiscano effetti concreti e tempestivi.

Le proposte che portiamo all'attenzione del Presidente e dei Senatori componenti di codesta Commissione si riferiscono in particolare alle misure per fronteggiare le carenze

² Indagine Istat, Aspetti della vita quotidiana 2023

di personale con un focus sul pronto soccorso e liste d'attesa; sulle proroghe relative alla riorganizzazione della rete dei laboratori analisi nonché all'accreditamento istituzionale.

- **All'articolo 4, comma 11**, è prevista la proroga al 31 dicembre 2025 dello stanziamento per i piani regionali per il recupero delle liste d'attesa, incrementandolo fino a un massimo dello 0,7% del fondo sanitario.

Questa è sicuramente una buona notizia perché affronta un tema importante e sensibile per l'equità e per i diritti dei cittadini. Tuttavia, è necessario sottolineare che si tratta di una ulteriore proroga all'utilizzo di fondi stanziati e non spesi da alcune Regioni già in passato, espressione della difficoltà a utilizzare tali fondi per lo scopo indicato, con il rischio concreto che -accanto a una proroga senza un controllo più stringente- ci troveremo il prossimo anno a reiterare questa stessa misura e a non aver prodotto risultati nelle aree del Paese più in difficoltà.

Non sono inserite infatti, nel Ddl in analisi, indicazioni vincolanti per le Regioni per l'utilizzo di tali risorse, né elementi di penalizzazione se non vengono utilizzati, utilizzati male e senza produrre risultati.

La proposta di Salutequità questa proroga sia integrata con il contestuale riferimento ad un **rafforzamento del controllo da parte del Ministero della Salute attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza** con più indicatori relativi alle liste d'attesa e all'uso dei fondi per il recupero, funzionale all'attribuzione/non attribuzione dei fondi.

- **L'articolo 4, comma 7, lettera c**, proroga, sempre al 31 dicembre 2025, il termine entro cui le Regioni e le Province Autonome devono adeguarsi ai nuovi **meccanismi di accreditamento per le strutture sanitarie** previsti dalla legge Concorrenza del 2021.

In primo luogo, vogliamo sottolineare che questa misura appare distonica rispetto alla contestuale approvazione della legge Concorrenza del 2023, che sospende l'obbligo delle Regioni di adeguarsi ai nuovi criteri di accreditamento per le strutture sanitarie, fino alla definizione di una nuova disciplina da parte del Tavolo per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale e comunque entro il 31 dicembre 2026.

Quindi, oltre a valutare l'**opportunità di un coordinamento tra i due testi**, la misura permette di riflettere su un ulteriore aspetto: se il settore ospedaliero attende una

modifica dei criteri di accreditamento, quello delle cure domiciliari attende invece da oltre quattro anni che le Regioni adempiano all'obbligo di istituire sistemi di accreditamento per le organizzazioni che erogano l'assistenza domiciliare, quindi le cure domiciliari, come previsto dall'Intesa Stato-Regioni dell'agosto 2009 che ha indicato la scadenza di agosto 2022.

Questi ritardi creano non solo un danno evidente per i pazienti e per gli erogatori, ma hanno anche un altro aspetto importante: comportano l'impossibilità da parte delle Regioni di poter usare pienamente le risorse del PNNR per le cure domiciliari.

La proposta di Salutequità quindi, al fine di adottare in tutte le Regioni sistemi di accreditamento per le cure domiciliari e usare in modo efficace le risorse del PNNR, è di **vincolare le risorse ADI del PNNR all'adozione piena e sostanziale dei sistemi di accreditamento, fissando al 31 dicembre 2025 il termine di adozione.**

- **L'art. 4, comma 10**, che proroga anche misure per fronteggiare le carenze di personale sanitario per le cure primarie di base, presenta un **refuso che, se non corretto, penalizza la garanzia dell'assistenza sanitaria di base per i minori (0-12 anni, prorogabili fino a 16 anni di età)**. Infatti, se nella relazione illustrativa ci si riferisce alla possibilità di affidare incarichi provvisori come Pediatri di Libera Scelta agli specializzandi di pediatria per supplire alle carenze di personale, nell'articolato non si riscontra il riferimento alla proroga per i PLS.

La proposta di Salutequità, quindi, è che l'articolo 4, comma 10, sia integrato con il seguente periodo:

d) al comma 4, le parole «Per la durata dell'emergenza epidemiologica da COVID-19» sono sostituite dalle seguenti: «A decorrere dal 1° gennaio 2025»

- **Art. 4, comma 8** - Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale riguarda un tema importante per l'organizzazione dei servizi sul territorio, l'innovazione organizzativa, l'accessibilità.

La richiesta di Salutequità è che la riorganizzazione avviata con finanziaria del 2006 deve giungere rapidamente a termine tenendo conto di principi importanti che oltre all'economicità, pongano attenzione a accessibilità, qualità, sicurezza, tempestività anche nelle aree interne del Paese.

PERSONALE IN EMERGENZA-URGENZA (ART. 4, COMMI 3,4,5,11)

Il decreto Mille proroghe certifica, per quanto concerne il personale sanitario del sistema dell'emergenza urgenza, pronto soccorso e 118, lo stato emergenziale di uno dei pilastri del SSN, in quanto unico Servizio rappresentativo in modo totalitario dell'art 3 della Costituzione Italiana.

Nonostante i provvedimenti intrapresi a sostegno dei professionisti dell'emergenza, sicuro segnale positivo, a tutt'oggi i medici in servizio nel sistema dell'emergenza si sono ulteriormente ridotti (da 10.000 a 5.000, con una perdita di circa 1000 professionisti all'anno).

Si conferma pertanto che le azioni intraprese e prorogate per l'anno 2025 vengono accolte favorevolmente, ma è evidente che non sono sufficienti a riconoscere e valorizzare la professione di chi opera nel sistema dell'emergenza.

La valorizzazione, infatti, oltre che economica e necessariamente maggiore di quanto già fatto (è auspicabile un aumento delle indennità notturne e festive, assegnazione di incarichi professionali maggiori anche nei primi 5 anni di attività professionale, remunerazione come prestazione aggiuntiva delle ore lavorate in eccesso rispetto al monte orario dovuto) sia per i professionisti di ruolo con CCNL a tempo determinato e indeterminato, sia per i medici specializzandi con CCNL a tempo determinato, deve puntare alla qualità della vita professionale nell'ambito di un'attività sicuramente stressante nel sistema dell'emergenza. Per rendere più attrattiva la professione del medico d'emergenza sarebbe auspicabile introdurre Formazione gratuita a carico dell'azienda sanitaria, specifica per la medicina di emergenza urgenza, rivolta sia ai medici già di ruolo con CCNL, con contratto a tempo determinato e a tempo indeterminato, che ai medici in formazione specialistica sia con CCNL che occasionale libero professionale, purché quest'ultimo di almeno 6 mesi continuativi, sulla base dei bisogni formativi, attraverso formazione certificata sia di hand skills che di soft skills, anche in simulazione, nonché abbonamenti gratuiti a piattaforme formative e a intelligenza artificiale.

Nell'ambito del riconoscimento e della valorizzazione professionale del medico di emergenza urgenza, inoltre, è auspicabile rivedere le reti dell'emergenza, creando poli hub&spoke, che comprendano emergenza pre-ospedaliera, cioè 118, e emergenza ospedaliera, cioè PS, OBI e reparto di medicina d'emergenza con terapia semintensiva, nel modello di DEA I livello in numero di 1:300.000 residenti e DEA II livello in numero di 1:900000 residenti; in tale articolazione il personale medico e infermieristico di area critica sarebbe in comune tra PS e ARES; a questi si aggiungono gli ospedali sede di PS a cui accedono ambulanze con soccorsi di codici non gravi e non tempo dipendenti, con personale sanitario di varia estrazione specialistica, affine ed equipollente alla medicina di emergenza urgenza, purché con direzione e coordinamento comunque di medicina di emergenza urgenza. È auspicabile l'istituzione di ambulatori per i codici

minori affidati anche a medici non di medicina di emergenza urgenza collocati comunque nell'area antistante o nelle vicinanze dell'area di pronto soccorso. I medici in formazione specialistica svolgono l'attività pratica nell'ambito della rete hub&spoke, prioritariamente nei DEA di II livello. E a seguire di I livello per completare il percorso formativo che è specifico e coordinato dall'università.

Nell'ambito sempre del riconoscimento e della valorizzazione professionale del medico di emergenza urgenza è auspicabile riconoscere un maggiore periodo di congedo ordinario maturato, come peraltro accade per i medici specialisti radiologi, rispetto all'attività stressante svolta.

Si concorda con la necessità di far fronte all'emergenza della crisi del personale sanitario nel sistema dell'urgenza, ma le azioni devono anche essere volte a garantire qualità e sicurezza delle cure in urgenza, promuovendo gli specialisti in medicina di emergenza urgenza e non professionisti di altra estrazione formativa.

Pertanto, **la proposta di Salutequità è:**

Articolo 4, comma 5 (Proroga del periodo di maturazione del servizio triennale come requisito temporaneo per l'accesso alla dirigenza del SSN relativa ai servizi di emergenza-urgenza)

L'assunzione può avvenire anche in deroga alle incompatibilità previste a legislazione vigente per l'assunzione di incarichi libero-professionali presso i servizi di emergenza urgenza ospedalieri del SSN - purché in ambiti strettamente correlati alla specializzazione intrapresa.

La proposta di Salutequità: L'assunzione del medico in formazione specialistica in ambito strettamente correlato alla specializzazione intrapresa può avvenire anche attraverso concorso pubblico nazionale, con CCNL a tempo determinato a cui segue l'indeterminato, con un totale di ore di servizio pari a 38, di cui 30 ore settimanali di attività pratica presso la struttura di emergenza e 8 ore settimanali di formazione presso l'università. La remunerazione è pari a quella del CCNL dei medici dipendenti del SSN presso i servizi dell'emergenza di pronto soccorso.

- Possibilità, sempre fino al 31 dicembre 2025, della trasformazione del rapporto di lavoro da impegno orario pieno a impegno orario ridotto o parziale, per il personale, dipendente e convenzionato, operante nei servizi di emergenza-urgenza degli enti del SSN in possesso dei requisiti per il pensionamento anticipato, comunque entro i limiti d'età già previsti e previa apposita autorizzazione degli enti del SSN interessati. Peraltro, al personale sanitario per cui il primo accredito contributivo decorre successivamente al 1° gennaio 1996, è riconosciuto, ai fini dell'accesso alla pensione di vecchiaia ed alla pensione

anticipata, l'incremento dell'età anagrafica con un coefficiente di trasformazione pari a due mesi per ogni anno di attività effettivamente svolta nei servizi di urgenza ed emergenza presso aziende ed enti del SSN, nel limite massimo di 24 mesi.

➤ **All'art. 4, comma 3** le misure straordinarie per il conferimento di incarichi semestrali di lavoro autonomo ai medici specializzandi e di incarichi a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie, agli operatori sociosanitari e ai medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione vengono prolungate al 31 dicembre 2025.

➤ **All'art. 4, comma 4** il conferimento di incarichi di lavoro autonomo ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati e iscritti agli ordini professionali, anche se privi della specializzazione, viene esteso al 31 dicembre 2025 nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente.

La proposta di Salutequità è che successivamente all'assunzione con CCNL a tempo determinato i medici laureati non specializzati siano obbligati a completare l'iter formativo conseguendo la specializzazione in medicina di emergenza urgenza, pena scioglimento del contratto a tempo determinato.

➤ **All'art. 4 comma 5** si proroga al 31 dicembre 2024 il periodo entro il quale deve essere maturato il requisito di tre anni di servizio per partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale nella disciplina di Medicina d'emergenza-urgenza, anche in assenza di un diploma di specializzazione.

La proroga al 31 dicembre 2025 dell'applicazione della limitazione della punibilità ai soli casi di dolo e colpa grave (prevista nel periodo di emergenza Covid), in relazione ai fatti di cui agli articoli 589 e 590 del Codice penale - omicidio colposo e lesioni personali colpose - commessi nell'esercizio di una professione sanitaria, in situazioni di grave carenza di personale sanitario.

La richiesta di Salutequità è che tale provvedimento venga portato avanti a completamento definitivo riguardo alla definizione di colpa per i professionisti sanitari, con la depenalizzazione della colpa.

- **All'art. 4, comma 11** per far fronte alla carenza di personale sanitario le Regioni possono incrementare, a valere sul livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2025, la spesa per prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto sanità dipendenti dei medesimi enti e aziende nel limite degli importi lordi indicati, per ciascuna regione, dalla tabella allegata al decreto. I compensi per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive sono soggetti a



un'imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15%.