



MEMORIA PER AUDIZIONE

Disegno di legge di " Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"

(AS 1161)

10^a Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

Senato

18 giugno 2024

Illustre Presidente, Illustri Senatori,



Vi ringraziamo per la preziosa opportunità offerta a NurSind di intervenire in audizione sul Disegno di legge di "Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie" (AS 1161).

IL SINDACATO

NurSind rappresenta il più grande sindacato infermieristico italiano e vanta oltre 52.000 iscritti. Il sindacato aderisce alla Confederazione Generale Sindacale (CGS), che conta 140.000 iscritti nel pubblico impiego.

La nostra attività parte dall'assunto che siano unicamente gli infermieri – i soli che conoscono le reali condizioni di lavoro, vivendole quotidianamente – a poter rappresentare adeguatamente la categoria professionale in ogni ambito istituzionale e pubblico. Per questo motivo, il Sindacato si batte giornalmente per tutelare e valorizzare la figura dell'infermiere, partecipando anche ai tavoli di contrattazione per i rinnovi del CCNL, con l'obiettivo di raggiungere una tutela sindacale autonoma della professione.

Il Sindacato ritiene che mai come adesso – in un'ottica di ripensamento del Servizio Sanitario Nazionale - occorrono azioni concrete volte a potenziare e a tutelare le professioni infermieristiche: sebbene quella dell'infermiere sia una professionalità ampiamente riconosciuta dai pazienti, essa sconta alcune criticità che stanno letteralmente allontanando le nuove generazioni dall'intraprendere questa carriera, a partire dalle condizioni di lavoro e dagli stipendi, combinati a un gravoso carico di responsabilità.

IL PROVVEDIMENTO E LE OSSERVAZIONI DI NURSIND

Il Decreto in esame propone misure necessarie ed urgenti per affrontare il problema delle liste d'attesa per le prestazioni sanitarie, comprendenti le visite specialistiche e gli esami diagnostici. Tuttavia, è bene ricordare che le liste d'attesa costituiscono un fenomeno complesso, influenzato da una molteplicità di variabili, che difficilmente può essere risolto con soli sette articoli di merito. Infatti, anche qualora si riuscisse a ridurre il numero delle prime visite, i tempi di attesa si trasferirebbero dalla fase diagnostica a quella terapeutica, con un conseguente aumento degli interventi chirurgici necessari. Le strutture pubbliche, già afflitte da una carenza di personale e di posti letto, non sarebbero in grado di soddisfare tutte le richieste, tenuto conto che molte sale operatorie sono già operative sei giorni su sette.

È altresì doveroso osservare che, mentre si discute di autonomia differenziata, il provvedimento in esame tenta paradossalmente di centralizzare la responsabilità politica sui tempi di attesa. Tuttavia, la gestione delle liste d'attesa attiene a due aspetti di competenza strettamente regionale: l'organizzazione dei servizi e il reclutamento che dipende dalla disponibilità delle professionalità necessarie presenti nel mercato del lavoro. I tempi di attesa, infatti, variano da regione a regione e persino da azienda sanitaria a azienda sanitaria, in base a specifici fattori locali.

Pertanto, si formulano di seguito alcune osservazioni su tre dei sette articoli di merito del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, tenuto conto che i primi tre prevedono il potenziamento dei sistemi e



degli organismi di monitoraggio e controllo del fenomeno, mentre l'articolo 6 riguarda il rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale.

Prevedere nuove assunzioni per un corretto potenziamento dell'offerta assistenziale

Articolo 4

(Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche)

L'articolo 4 prevede un potenziamento dell'offerta assistenziale durante il sabato e la domenica, con l'obiettivo di "evitare le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici". È opportuno sottolineare che le strutture pubbliche operano non solo in regime programmato, ma anche in regime di urgenza, garantendo durante il sabato e la domenica tutte le prestazioni urgenti, a differenza delle strutture private che non sono obbligate a farlo. È quindi evidente che, per incrementare ulteriormente le prestazioni nei giorni festivi e prefestivi, è necessario assumere nuovo personale perché quello presente copre già il servizio. Le norme sull'orario di lavoro prevedono che sia garantito ai lavoratori il riposo settimanale e sia intraprese iniziative per conciliare il tempo vita-lavoro, evitando così che essi abbandonino le strutture sanitarie pubbliche, come sta avvenendo attualmente.

Promuovere il ruolo della professione infermieristica per garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale

Articolo 5

(Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario)

L'articolo 5, intitolato "superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario", apporta modifiche, a nostro avviso peggiorative, al Decreto-Legge del 30 aprile 2019, n. 35, che stabilisce misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre urgenti in materia sanitaria. Il cosiddetto "Decreto Calabria" prevede, per la spesa del personale, che le regioni possano contare su un aumento annuo del 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente e di un ulteriore 5% se rispettati i LEA, portando di fatto l'incremento al 15%. Con la nuova norma, invece, questo 5% è una soglia massima - tant'è che la dizione recita "sino al 5%" - e non è più scontata, ma è vincolata alla richiesta delle regioni le quali devono anche indicare le "misure compensative" (cioè devono ridurre altri capitoli di spesa come ad esempio quella farmaceutica). Non solo, ma dopo la congruità stabilita per decreto è necessaria l'intesa in Conferenza Stato regioni. Questo per l'anno 2024. Per il 2025 l'assunzione di nuovo personale sarà ancora più difficile. È prevista, infatti, l'adozione con uno o più decreti di "una metodologia per definire il fabbisogno di personale", facendo intendere che l'attuale metodologia di cui al Decreto Ministero della Salute e MEF del 24 gennaio 2023 verrà superata a favore di un'altra. Inoltre, sempre dal 2025, per poter assumere personale sarà necessario che le singole aziende inviino, generalmente a partire dal mese di aprile, alle regioni il piano triennale dei fabbisogni e che quest'ultime, a loro volta, inviino



il piano dei fabbisogni regionale predisposto sulla base della nuova metodologia al Ministero della salute e al MEF. I due ministeri, a questo punto, dovranno approvarlo con decreto, previa intesa in sede di Conferenza Stato regioni. Un iter, è evidente, che allunga i tempi prevedibilmente di oltre un anno. E se l'intesa, anche per questioni politiche, non si dovesse raggiungere nessuno potrà più assumere. Naturalmente, la metodologia per il fabbisogno non autorizza l'assunzione oltre il nuovo tetto di spesa di cui sopra. Dunque, a nostro avviso, più che di un superamento si tratta di un abbassamento del tetto di spesa per il personale sanitario. Altro aspetto di novità, che richiede ulteriori chiarimenti in fase di conversione, riguarda il titolo dell'articolo che specifica "*personale sanitario*" anziché fare riferimento in modo generico al personale. Sorge quindi il dubbio se ciò implichi che l'aumento della spesa sia destinato esclusivamente all'assunzione di personale sanitario, mentre per il resto del personale sia previsto esclusivamente un turnover.

In aggiunta, la situazione attuale e prospettica del mercato del lavoro evidenzia notevoli difficoltà nel reperimento di personale infermieristico e di supporto, rendendo imperativa l'allocazione delle nuove risorse principalmente verso il personale medico, il cui incremento è previsto in modo significativo, tanto che già si parla di un ritorno alla plethora medica. Tuttavia, senza un adeguato numero di infermieri, ci si troverà costretti a considerare la chiusura di interi reparti e di alcuni ospedali spoke. La carenza di infermieri, che già oggi rende problematica l'operatività delle case della salute e degli ospedali di comunità in Italia, rappresenta un fenomeno globale che non può essere affrontato ignorando l'importanza cruciale di questa figura nella garanzia delle cure sanitarie. Durante lo sciopero degli infermieri nel novembre 2023, i cittadini hanno sperimentato direttamente le conseguenze di tale carenza: ambulatori chiusi, sale operatorie inattive, servizi diagnostici e interventistici non funzionanti. L'idea di risolvere questa carenza, destinata ad aumentare ulteriormente di 50.000 unità entro il 2030, importando infermieri dall'estero senza un piano organizzato, senza tenere conto del livello salariale in rapporto al costo della vita e vincendo la concorrenza di molti altri Paesi è manifestamente irrealistica. Più delle liste d'attesa, questo rappresenta il reale ostacolo alla sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Di tale problema nessuno se ne sta facendo carico e mentre altri Paesi nominano un Commissario straordinario per l'emergenza infermieristica il nostro Governo si ferma al Commissario per il granchio blu. Che ci sia poca attenzione ai problemi e alla valorizzazione degli infermieri è dimostrato anche dal fatto che all'interno del Ministero della Salute non sia presente nemmeno un dirigente delle professioni infermieristiche.

Potenziamento delle competenze professionali nelle professioni sanitarie per affrontare le sfide del Servizio Sanitario Nazionale

Articolo 7

(Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario)

L'articolo 7 introduce un'imposta sostitutiva del 15% sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario. È pertanto rilevante sottolineare una problematica significativa per il personale dell'area



dei professionisti della salute del comparto, in quanto l'aumento economico derivante da tali prestazioni potrebbe comportare una perdita economica fino a 161 euro per coloro che superano l'imponibile previdenziale di 2.692 euro mensili. Questa situazione, già prevista e risolta nella bozza iniziale del decreto con la seguente disposizione: "*Tali compensi non si considerano concorrenti all'imponibile per l'esonero sulla quota dei contributi previdenziali di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 30 dicembre 2023, n. 213*", costituisce un ostacolo anche agli aumenti contrattuali e alla stipula del CCNL 2022-2024.

Si auspica pertanto il ripristino della dicitura della bozza di decreto o, in alternativa, l'adozione di una soluzione strutturale che preveda una graduale mitigazione della perdita economica per chi supera i 2.692 euro di imponibile previdenziale mensile.

Infine, ci preme sottolineare che la nostra principale istanza rivolta alla Commissione consiste nell'introduzione di una modifica legislativa alla Legge del 26 febbraio 1999, n. 42, al fine di garantire una maggior valorizzazione delle attività delle professioni sanitarie. Tale modifica potrebbe infatti favorire l'implementazione di soluzioni organizzative efficaci per ridurre le liste d'attesa e ottimizzare l'impiego del tempo medico per le prime visite. La proposta si allinea, infine, anche con quanto esposto nella pagina 10 del documento della Commissione salute della Conferenza delle regioni e delle Province Autonome, intitolato "*Proposte relative alla carenza di medici specialisti e alla valorizzazione delle professioni sanitarie non dirigenziali*", pubblicato a settembre 2019. Tale documento sottolinea l'importanza cruciale della valorizzazione e dell'incremento delle competenze professionali nelle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, sia nel contesto attuale che futuro, caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento consequenziale dei bisogni del Sistema Sanitario Nazionale.

Di seguito la proposta di articolo aggiuntivo:

(Modifica all'art. 1 della legge 26 febbraio 1999, n. 42 in materia di professioni sanitarie)

All'art. 1, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, dopo le parole: «dei relativi profili professionali,» inserire le seguenti: «e dagli atti normativi della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano».

TESTO A FRONTE

LEGGE 26 febbraio 1999, n. 42

“Disposizioni in materia di professioni sanitarie”



TESTO VIGENTE	TESTO EMENDATO
Art. 1 (Definizione delle professioni sanitarie)	Art. 1 (Definizione delle professioni sanitarie)
<p>1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".</p>	<p>1. <i>Identico.</i></p>
<p>2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione postbase nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.</p>	<p>2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, dagli atti normativi della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione postbase nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.</p>



Il Segretario Nazionale NurSind

Dr. Andrea Bottega

Andrea Bottega