

Prot. n. 2712/2023

Roma, 15 novembre 2023

Alla Segreteria della 5^a Commissione permanente
Programmazione economica, bilancio
Senato della Repubblica

[Legge Bilancio 2024](#)

Memoria per la 5 Commissione Bilancio del Senato

Illustrissimi,

in qualità di Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari radiologia medica e professioni sanitarie tecniche della riabilitazione e della prevenzione (TSRM e PSTRP) che rappresenta 18 professioni sanitarie¹ e circa 160.000 professionisti sanitari, in aggiunta alle note che troverete nella tabella sottostante e riferite agli articoli di nostro diretto interesse, desidero sottoporre alla vostra qualificata attenzione un tema annoso e non correttamente gestito, probabilmente a causa di una scorretta e parziale informazione: il sistema sanitario e l'intero sistema della salute si reggono su una pluralità di professioni che concorrono, in una logica sempre più integrata, alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione della popolazione.

Ridurre tale ricchezza professionale a poche professioni sanitarie è *impreciso*, perché richiama solo una minima parte delle [30 di cui il nostro Paese e gli individui che lo abitano possono beneficiare](#), *ingeneroso*, perché non riconosce la maggior parte delle professioni sanitarie (generalmente se ne citano e se ne tengono in considerazione due, trascurando le altre 28), nonché *fuorviante*, perché induce alla errata convinzione che intervenendo su alcune di esse si garantisca tutto quel che serve alle persone assistite. Per questi motivi, infine, è altresì *pericoloso*, perché trascurando una quota parte rilevante delle professioni sanitarie, non ne riconosce e non ne valorizza le specifiche e imprescindibili competenze professionali.

¹ Assistenti sanitari, Dietisti, Educatori professionali, Igienisti dentali, Logopedisti, Ortottisti, Podologi, Tecnici audiometristi, Tecnici audioprotesisti, Tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Tecnici di neurofisiopatologia, Tecnici ortopedici, Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, Tecnici sanitari di laboratorio biomedico, Tecnici sanitari di radiologia medica, Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapisti occupazionali.

Il dibattito sulla mancanza di personale si è sinora esclusivamente focalizzato sulla grave carenza di un paio di figure, senza porsi o ponendosi solo marginalmente la questione della altrettanto preoccupante carenza delle altre professioni sanitarie. In questo tipo di valutazione, per le dimensioni a cui si riferisce, il solo elemento quantitativo non basta a valutare e a gestire il fenomeno. Infatti, agire solo sui due profili più numerosi non è sufficiente: la loro eventuale presenza in numeri adeguati non garantirebbe comunque tutto quel che di essenziale e di non fungibile può essere assicurato solo dalle altre professioni sanitarie.

Ad esempio, relativamente all'annoso problema delle liste di attesa e delle ricadute negative che queste hanno sui percorsi sanitari, quindi sulla salute delle persone, va considerato che tra le più lunghe ci sono quelle che riguardano le indagini di diagnostica per immagini, seconde solo a quelle per le prime visite specialistiche. Questo dato evidenzia come anche in presenza di un numero adeguato delle figure più frequentemente richiamate non si avrebbero impatti migliorativi, possibili solo garantendo al sistema un numero idoneo di altri professionisti sanitari, la cui carenza si configura, quindi, come un ineludibile collo di bottiglia.

Rimanendo all'interno della criticità delle liste di attesa, altri casi emblematici sono gli *screening* oncologici e gli interventi riabilitativi, che in assenza dell'adeguato numero di idonei professionisti sanitari non vengono garantiti o non possono essere effettuati nei tempi clinicamente ottimali. Tale ragionamento può essere facilmente replicato per le attività di prevenzione.

Pur comprendendo che nell'immediato una delle soluzioni concretamente percorribili per ridurre le liste d'attesa sia quella dell'incentivazione economica a favore dei pochi professionisti presenti, nel medio periodo se ne devono ricercare di strutturali, tra cui la previsione di un adeguato numero di professionisti sanitari, opportunamente *pesato* in funzione della loro specifica competenze e dei modelli organizzativi adottati.

È urgente favorire una conoscenza puntuale delle professioni sanitarie e una maggiore consapevolezza dell'importanza che ognuna di esse riveste, a prescindere dalla numerosità (in ambiti complessi e specialistici come la sanità e, più in generale, la salute, il mero aspetto quantitativo è una variabile di importanza relativa); ciò al fine di adottare i correttivi indispensabili a rendere migliore il nostro sistema sanitario e, in ultima e più importante battuta, la salute delle persone.

Alla luce delle succitate premesse, la sottostante tabella rende purtroppo evidente come una delle cause della sofferenza quali-quantitativa del sistema sanitario italiano sia la drammatica carenza delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione rappresentate da questa Federazione nazionale: la loro assenza impedisce l'erogazione di quelle quote parte delle cure di loro specifica e non fungibile competenza.

Professione	Presenti	Necessari ²	Differenza	
			n.	%
Terapisti occupazionali	2748	8500	- 5752	- 67,671
Assistenti sanitari	4215	12800	- 8585	- 67,070
Tecnici della riabilitazione psichiatrica	3735	10030	- 6295	- 62,762
Ortottisti	3410	8866	- 5456	- 61,539
Tecnici audiometristi	1094	2800	- 1706	- 60,929
Tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	1701	3400	- 1699	- 49,971
Educatori professionali	25367	47081	- 21714	- 46,121
Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	6514	12000	- 5486	- 45,717
Tecnici ortopedici	2505	4500	- 1995	- 44,334
Podologi	2401	3950	- 1549	- 39,215
Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	11812	17651	- 5839	- 33,081
Dietisti	6032	9000	- 2968	- 32,978
Tecnici di neurofisiopatologia	2100	2850	- 750	- 26,316
Igienisti dentali	9397	11770	- 2373	- 20,366
Tecnici sanitari di radiologia medica	27753	33889	- 6136	- 18,107
Logopedisti	13981	16965	- 2984	- 17,590
Tecnici audioprotesisti	4536	5300	- 764	- 14,416
Tecnici sanitari di laboratorio biomedico	25775	27775	- 2000	- 7,201
	155076	239127	- 84051	

Di seguito i dati disaggregati in relazione alle [tre aree a cui la normativa italiana riconduce le 18 professioni sanitarie rappresentate](#):

Professioni sanitarie della prevenzione (n = 2)

Professione	Presenti	Necessari	Differenza	
			n.	%
Assistenti sanitari	4215	12800	- 8585	- 67,070
Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	11812	17651	- 5839	- 33,081
	16027	30451	- 14424	

² La quantificazione dei professionisti *necessari*, cioè quelli che dovrebbero essere attivi per garantire idonei livelli quantitativi delle relative prestazioni professionali, è stata fatta sulla base di quanto di più robusto è indicato dalla letteratura o da autorevoli soggetti istituzionali, scientifici e statistici, nazionali, comunitari e internazionali, nella maggior parte dei casi facendo riferimento al miglior rapporto tra il numero di professionisti ogni/100.000 abitanti, in altri sulla base di variabili differenti quali il numero di tecnologie, i volumi di attività, il contesto ed il modello organizzativo di riferimento. Il tutto col supporto delle Commissioni di albo nazionali, del gruppo federativo sul fabbisogno formativo e del centro studi SAPIS.

Professioni sanitarie tecniche (n = 9)

Professione	Presenti	Necessari	Differenza	
			n.	%
Tecnici audiometristi	1094	2800	- 1706	- 60,929
Tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	1701	3400	- 1699	- 49,971
Tecnici ortopedici	2505	4500	- 1995	- 44,334
Dietisti	6032	9000	- 2968	- 32,978
Tecnici di neurofisiopatologia	2100	2850	- 750	- 26,316
Igienisti dentali	9397	11770	- 2373	- 20,366
Tecnici sanitari di radiologia medica	27753	33889	- 6136	- 18,107
Tecnici audioprotesisti	4536	5300	- 764	- 14,416
Tecnici sanitari di laboratorio biomedico	25775	27775	- 2000	- 7,201
	80893	101284	- 20391	

Professioni sanitarie della riabilitazione (n = 7)

Professione	Presenti	Necessari	Differenza	
			n.	%
Terapisti occupazionali	2748	8500	- 5752	- 67,671
Tecnici della riabilitazione psichiatrica	3735	10030	- 6295	- 62,762
Ortottisti	3410	8866	- 5456	- 61,539
Educatori professionali	25367	47081	- 21714	- 46,121
Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	6514	12000	- 5486	- 45,717
Podologi	2401	3950	- 1549	- 39,215
Logopedisti	13981	16965	- 2984	- 17,590
	58156	107392	- 49236	

Partendo dalla realtà quanti-qualitativa appena oggettivata, di seguito sottoponiamo alla vostra qualificata attenzione alcune considerazioni e richieste emendative che riguardano [articoli di diretto interesse dell'AS 926](#).

Testo	Nota
ART. 10. (Rifinanziamento del fondo CCNL per il personale pubblico per il triennio 2022-2024) 1. Per il triennio contrattuale 2022-2024, gli oneri di cui al primo periodo dell'articolo 1, comma 609, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, sono incrementati, in aggiunta a quanto già previsto dall'articolo 3 del decreto-legge 18 ottobre 2023, n. 145, di 3.000 milioni di euro per l'anno 2024 e di 5.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025. Gli importi di cui al primo periodo, comprensivi degli oneri contributivi ai fini previdenziali e dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) di cui al decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, concorrono a costituire l'importo complessivo massimo di cui all'articolo 21, comma 1-ter, lettera e), della legge 31 dicembre 2009, n. 196. 2. A valere sulle risorse di cui al comma 1, a decorrere dal 1° gennaio 2024, l'emolumento di cui all'articolo 1, comma 609, secondo periodo, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è incrementato di un importo pari a 6,7 volte	

<p>il suo valore annuale. Tale importo incrementale, per l'anno 2024, è scomputato per il personale a tempo indeterminato che lo ha già percepito nell'anno 2023, ai sensi dell'articolo 3 del decreto-legge 18 ottobre 2023, n. 145.</p> <p>3. Per il personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall'amministrazione statale, gli oneri di cui all'articolo 1, comma 610, della citata legge 30 dicembre 2021, n. 234, per i rinnovi contrattuali per il triennio 2022-2024, nonché quelli derivanti dalla corresponsione dei miglioramenti economici al personale di cui all'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, da porre a carico dei rispettivi bilanci ai sensi dell'articolo 48, comma 2, del medesimo decreto legislativo, sono incrementati a decorrere dal 2024 sulla base dei criteri di cui al comma 1. Le disposizioni di cui comma 2 si applicano, a valere sugli importi di cui al precedente periodo, anche al personale di cui al presente comma.</p> <p>4. Le disposizioni del comma 3 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.</p> <p>5. Per il Servizio sanitario nazionale gli oneri di cui al comma 3 comprendono anche i riconoscimenti finalizzati a valorizzare la specificità medico-veterinaria, infermieristica e dell'altro personale secondo specifiche indicazioni da individuarsi nell'atto di indirizzo di cui all'articolo 47, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.</p>	<p>A parità di popolazioni professionali di riferimento suggeriamo di sostituire "...medico-veterinaria, infermieristica e dell'altro personale..." con "...delle professioni sanitarie...".</p> <p>Il riferimento alle <i>professioni sanitarie</i>, formulazione che le ricomprende tutte (si vede la relativa pagina del sito del Ministero della salute), ha una doppia valenza positiva: (1) azzerare il rischio di dimenticarsi di qualcuna e (2) rafforza l'identità comune che, ai fini della necessaria integrazione professionale, deve venire prima di quel che distingue.</p>
<p>ART. 45.</p> <p>(Misure per l'abbattimento delle liste d'attesa)</p> <p>1. Per garantire la completa attuazione dei propri Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi, fino al 31 dicembre 2024, delle misure previste dall'articolo 42 [tariffa oraria medici] e possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, come rideterminato dall'articolo 46. Per l'attuazione delle finalità di cui al presente comma le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024.</p>	<p>L'articolo 42 fa riferimento anche al <i>personale sanitario del comparto</i>, pertanto non ci è chiaro il riferimento alla sola <i>tariffa oraria medici</i> della parentesi quadra di questo articolo.</p>
<p>ART. 49.</p> <p>(Disposizioni in materia di lavoratori frontalieri, contributo al Servizio sanitario nazionale e osservanza degli obblighi anagrafici)</p> <p>1. Sono tenuti a versare alla Regione di residenza una quota di compartecipazione al Servizio sanitario nazionale:</p> <p>a) i residenti che lavorano e soggiornano in Svizzera che utilizzano il Servizio sanitario nazionale;</p> <p>b) i frontalieri di cui all'articolo 9, comma 1, dell'Accordo tra la Repubblica italiana e la Confederazione Svizzera relativo all'imposizione dei lavoratori frontalieri, con Protocollo aggiuntivo e Scambio di lettere, fatto a Roma il 23 dicembre 2020, ratificato e reso esecutivo ai sensi della legge 13 giugno 2023, n. 83, nei casi in cui è stato esercitato il diritto di opzione per l'assicurazione malattie come previsto al paragrafo 3, lettera b), dell'allegato XI del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza europeo, aggiunto conformemente paragrafo 1, lettera i), della sezione A dell'allegato II all'Accordo tra la Comunità europea ed i suoi Stati membri, da una parte, e la Confederazione svizzera, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone, con allegati, atto finale e dichiarazioni, fatto a Lussemburgo il 21 giugno 1999, ratificato e reso esecutivo ai sensi della legge 15 novembre 2000, n. 364, e successive modificazioni;</p> <p>c) i familiari a carico dei soggetti di cui alle lettere a) e b);</p> <p>2. La Regione di residenza definisce annualmente la quota di compartecipazione familiare, compresa fra un valore minimo del 3 per cento e un valore massimo del 6 per cento, da applicare, a decorrere dal 2024 al salario netto percepito in Svizzera. Le somme di cui al primo periodo, affluite sul bilancio di ciascuna regione interessata, sono</p>	

<p>destinate al sostegno del servizio sanitario delle aree di confine e prioritariamente a beneficio del personale medico e infermieristico, quale trattamento accessorio, in misura non superiore al 20 per cento dello stipendio tabellare lordo, i cui criteri di attribuzione sono definiti nell'ambito dei rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro nei limiti delle risorse che si rendono disponibili annualmente a partire dal 2024 per tale finalità ai sensi del comma 3.</p> <p>3. Con decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentiti i Presidenti delle regioni confinanti con la Svizzera, sono individuate le modalità di assegnazione delle somme, di versamento del contributo e la quota da destinare, da parte di ciascuna delle predette regioni, al personale di cui al comma 2.</p> <p>4. A decorrere dal 1° gennaio 2024, all'articolo 34, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) al comma 3, le parole «al contributo minimo previsto dalle norme vigenti» sono sostituite dalle seguenti: «a euro 2.000 annui»;</p> <p>b) al comma 5 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Il contributo non è in ogni caso inferiore a euro 700 annui nei casi di cui al comma 4, lettera a), e a euro 1.200 nei casi di cui al comma 4, lettera b)»;</p> <p>c) dopo il comma 6 è aggiunto il seguente: «6-bis. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi annualmente, gli importi minimi di cui al comma 3 e al comma 5 possono essere adeguati anche tenendo conto della variazione, accertata dall'ISTAT, dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati verificatasi nell'anno precedente.».</p> <p>5. I versamenti degli importi di cui al comma 4 sono eseguiti in favore delle regioni presso le quali i richiedenti chiedono l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale, utilizzando esclusivamente il modello F24.</p> <p>6. L'articolo 11 della legge 24 dicembre 1954, n. 1228, è sostituito dal seguente:</p> <p>«Art. 11.</p> <p>1. Salvo che il fatto costituisca reato, chiunque, avendo obblighi anagrafici, contravviene alle disposizioni della presente legge, della legge 27 ottobre 1988, n. 470 e dei regolamenti di esecuzione delle predette leggi è soggetto alla sanzione pecuniaria amministrativa da 100 euro a 500 euro. La sanzione è ridotta, sempreché la violazione non sia stata già constatata e comunque non siano iniziate attività amministrative di accertamento delle quali l'autore della violazione abbia avuto formale conoscenza, ad un decimo del minimo di quella prevista se la comunicazione è effettuata o la dichiarazione è presentata con ritardo non superiore a novanta giorni.</p> <p>2. Salvo che il fatto costituisca reato, l'omissione della dichiarazione di trasferimento di residenza dall'estero o all'estero entro il termine previsto rispettivamente dall'articolo 13, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223 o dall'articolo 6, commi 1 e 4, della legge 27 ottobre 1988, n. 470 è soggetta alla sanzione amministrativa pecuniaria da 200 euro a 1.000 euro per ciascun anno in cui perdura l'omissione. La sanzione è ridotta, sempreché la violazione non sia stata già constatata e comunque non siano iniziate attività amministrative di accertamento delle quali l'autore della violazione abbia avuto formale conoscenza, ad un decimo del minimo di quella prevista se la dichiarazione è presentata con ritardo non superiore a novanta giorni.</p> <p>3. L'autorità competente all'accertamento e all'irrogazione della sanzione è il comune nella cui anagrafe è iscritto il trasgressore. Per il procedimento accertativo e sanzionatorio si applicano le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689. L'accertamento e l'irrogazione delle sanzioni sono notificati, a pena di decadenza, entro il 31 dicembre del quinto anno successivo a quello in cui l'obbligo anagrafico non risulta adempiuto o la dichiarazione risulta omessa.</p> <p>4. I proventi delle sanzioni di cui al presente articolo sono acquisiti al bilancio del comune che ha irrogato la sanzione.»</p> <p>7. All'articolo 6, della legge 27 ottobre 1988, n. 470, dopo il comma 9-bis sono aggiunti i seguenti:</p> <p>«9-ter. Le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, dell'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, dell'articolo 19, comma 2, della legge 28 dicembre 2005, n. 262, che, nell'esercizio delle funzioni, acquisiscono elementi rilevanti che indicano la residenza di fatto all'estero da parte del cittadino italiano, li comunicano al comune di iscrizione anagrafica e all'ufficio consolare competente per territorio rispettivamente per i provvedimenti di competenza, inclusi quelli di cui all'articolo 11 della legge 24 dicembre 1954, n. 1228.</p> <p>9-quater. Il comune comunica le iscrizioni e cancellazioni d'ufficio dall'anagrafe degli italiani all'estero all'Agenzia delle entrate per i controlli fiscali di competenza.»</p>	<p>Alla luce di quanto esposto sopra, sia in termini di carenza generalizzata di professionisti sanitari, sia di definizioni massimamente inclusive, si invita a valutare formulazioni alternative/integrative.</p>
---	---

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 la legge di bilancio 2024 potrebbe finalmente sanare quella che riteniamo essere una vera e propria ingiustizia.

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 30 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

