

punto 1: determinazione fabbisogno dei professionisti sanitari

Il **23 marzo u.s.** si sono conclusi i lavori del Tavolo permanente Ministero-Regioni-Ordini/Professioni sulla determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie ex L. 251/2000, sui medici e non medici. La premessa per tale determinazione era costituita dall'utilizzo del modello previsionale predisposto in fase di esecuzione del progetto europeo "*European Health Workforce Planning and Forecasting*".

Durante l'incontro il Ministero ha esposto un'analisi dei dati provenienti dai soggetti istituzionali coinvolti: Regioni, Ordini, Collegi ed Associazioni rappresentative.

I dati sono stati dunque comparati tra di loro per ogni professione sanitaria, e dal confronto il Ministero della Salute ha tratto le sue conclusioni, motivandole, e proponendo a sua volta un dato di fabbisogno. In base alla coerenza con i risultati del modello, per alcuni profili ha accolto il numero complessivo proposto dalle Regioni, per altri profili ha accolto il numero proposto dalle associazioni, per altri ancora ha optato per una soluzione alternativa, anche rinviando ad ulteriori approfondimenti.

In linea generale ordini, collegi ed associazioni si sono espressi positivamente per il lavoro svolto e per l'utilizzo del modello, sebbene siano state rilevate le oramai note criticità che si riferiscono ad una mancanza di banche dati univoca, di informazioni certe, ad una presenza di una domanda fluttuante e non univoca tra le diverse Regioni, ecc. ecc..

Ciò che è emerso è che al di là dei dati di fabbisogno che ancora dimostrano nella loro formulazione la permanenza di logiche passate da parte di talune Regioni, come ad es. la coincidenza dei dati di fabbisogno con l'offerta formativa universitaria, l'adozione del modello e della metodologia correlata ha permesso di coinvolgere tutti i soggetti istituzionali in un unico tavolo accomunati dal medesimo obiettivo.

Il passo successivo a questo ultimo incontro è la formulazione dell'Accordo Stato/Regioni.

La dott.ssa Ugenti informerà il Ministro sulla sua intenzione di mantenere, anche per il futuro, l'utilizzo del modello previsionale quale metodo base per l'elaborazione del fabbisogno.

Entro il **14 aprile p.v.** le Regioni/Province dovranno presentare al Ministero della Salute il fabbisogno relativo alle specializzazioni mediche per il triennio 2017/2020. Per tale rilevazione il Ministero non ha inviato alcun dato, sebbene, da indicazioni informali, si aspetta che venga utilizzata la metodologia che caratterizza il modello previsionale: domanda, dati degli attivabili, universo privato, ecc..

punto 2. richieste del Ministero della Salute con riferimento all'Infermiere pediatrico e all'Autista soccorritore;

Il Ministero della Salute ha inviato al Coordinamento tecnico della Commissione Salute due distinte comunicazioni riguardanti il profilo dell'Infermiere pediatrico e dell'Autista soccorritore. Ambedue le note sono state inoltrate alle Regioni/Province, con la richiesta di contribuire con valutazioni e pareri in ordine alle problematiche rappresentate.

Per quanto riguarda l'**Autista soccorritore** già nel 2013 il Coordinamento tecnico della Commissione salute aveva comunicato al Ministero la mancata condivisione tecnica da parte delle Regioni sulla proposta ministeriale di istituzione della figura dell'Autista soccorritore. In particolare alcune Regioni e Province (Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Toscana e Bolzano) ritenevano più utile istituire il profilo di "Soccorritore" piuttosto che di "Autista soccorritore", ritenendo che la proposta ministeriale non aggiungeva nulla al sistema dell'emergenza-urgenza rispetto alla situazione attuale.

La figura risulta istituita con legge regionale presso il Veneto e la Valle d'Aosta. Al riguardo il Ministero ritiene che anche le altre Regioni/Province si debbano attivare per rinvenire procedure idonee al corretto

utilizzo del personale assunto come autista che, ai sensi dell'ordinamento vigente, non può prestare ausilio al personale sanitario addetto al soccorso.

Premesso ciò il Ministero chiede al Coordinamento se è confermata la non condivisione della proposta ministeriale o se oggi vi è un diverso orientamento da parte delle Regioni/Province.

Alla richiesta del 28/2/2017 del Coordinatore tecnico del tavolo interregionale, al momento ha dato riscontro la **Provincia di Bolzano** la quale ha confermato l'orientamento dell'istituzione della figura di "Soccorritore".

Per quanto concerne **l'Infermiere pediatrico**, il Ministero della Salute ha posto all'attenzione le problematiche relative al profilo. In particolare fa presente che l'IPASVI ha evidenziato che l'Infermiere pediatrico è una figura meno fungibile rispetto all'Infermiere, tant'è che le aziende sanitarie assumono Infermieri anche per le competenze proprie degli Infermieri pediatrici.

A fronte della difficoltà dell'inserimento lavorativo del laureato in infermieristica pediatrica sono state individuate da parte dell'Ipasvi e del Veneto talune proposte che vanno dal mantenimento della situazione attuale, alla eliminazione del profilo, alla modifica o integrazione del percorso formativo dell'Infermiere che includa elementi riferiti all'area della neonatologia, della pediatria e dell'età evolutiva, o alla possibilità per l'infermiere pediatrico di conseguire in un anno la laurea in infermieristica, e viceversa.

Ministero della Salute, Miur e Ipasvi ritengono che sulla questione debbano essere coinvolte necessariamente le Regioni per verificare se la figura dell'Infermiere pediatrico sia effettivamente necessaria e se in prospettiva tale figura possa essere sostituita, gradualmente dall'Infermiere. Per tale motivo viene chiesto un incontro con le Regioni.

Alla richiesta del 28/2/2017 del Coordinatore tecnico del tavolo interregionale, ha dato riscontro:

- la **Provincia di Bolzano** la quale conferma che *"da anni ha abbandonato la laurea in infermieristica pediatrica ed ha scelto il percorso della laurea in infermieristica con l'aggiunta del master in pediatria per formare infermiere e infermieri pediatrici"* (?).

- la **Regione Piemonte** che tenuto conto anche di quanto previsto dall'art. 6, comma 1, lett. c) della L. 43/2006 in merito ai professionisti specialisti in possesso di master di primo livello per le funzioni specialistiche, si propone quanto segue:

- dare corso all'iter per definire "ad esaurimento" la figura dell'infermiere pediatrico, fermo restando forme di tutela per il personale in servizio;
- garantire - a regime - la qualità di assistenza in ambito pediatrico, prevedendo ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. c) della L. 43/2006 il possesso di master specialistico (1° livello) in area pediatrica da parte degli Infermieri;
- individuare e porre in essere, con criteri definiti a livello nazionale, facilitazioni per il conseguimento della laurea in infermieristica da parte degli infermieri pediatrici. Si appoggia favorevolmente la soluzione della Regione del Veneto riguardante la possibile integrazione curriculare ad hoc di 30 CFU da parte dei laureati in infermieristica pediatrica.

L'incontro costituisce l'occasione per la formalizzazione, da parte dei rappresentanti, della posizione delle Regioni e Province autonome di appartenenza relativamente alle due figure.

punto 3. Aggiornamento tematica dell' "educatore professionale"

Il 15 dicembre 2016 si è tenuta l'ultima Conferenza di servizi ex DPCM 26 luglio 2011, per l'esame dei titoli afferenti al profilo di educatore professionale.

Durante tale incontro sono stati esaminati i dati (seppur parziali) forniti dalle Regioni e dalle Province inerenti i titoli di cui sono in possesso i dipendenti del S.S.R. inquadrati come educatori professionali, dai quali è emerso che rispetto al dato complessivo circa il 21% degli operatori non è in possesso del titolo idoneo. Ma ancor più critica è la situazione degli operatori che lavorano nel privato e nel privato accreditato, di cui non si conosce la dimensione esatta per la difficoltà di rilevare l'informazione, ma rispetto ai quali si percepisce che il fenomeno è molto rilevante. Ad oggi non esistono banche dati nazionali sulla consistenza

dei professionisti tant'è che mentre per l'ISTAT gli educatori professionali sono 59.000 unità, per COGEAPS sono 10.000 unità.

Considerato quindi l'elevata numerosità di coloro che posseggono un titolo improprio, le Regioni e le Province all'unanimità hanno ritenuto non opportuna l'emanazione degli avvisi pubblici per il procedimento di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento alle odierne lauree, considerato che la maggior parte dei titoli (ad esempio: diploma di ragioneria, diploma magistrale, laurea in lettere o in psicologia, laurea in scienza dell'educazione ecc.) se presentati all'istruttoria verrebbero dichiarati inammissibili, e ciò potrebbe mettere in crisi il sistema.

Le Regioni hanno dunque optato per la predisposizione di una norma legislativa nazionale che possa sanare l'annosa questione e dare certezza ai rapporti di lavoro.

A seguito dell'espressione favorevole della Commissione Salute, con nota del 23 gennaio 2017 il Veneto ha inviato una comunicazione al Presidente della VII Commissione del Senato, contenente le motivazioni e la proposta di un articolato da inserire nel DDL n. 2443 "*Disciplina delle professioni di educatore professionale socio-pedagogico, educatore professionale socio-sanitario e pedagoga*".

Il giorno 5 aprile u.s. il Coordinatore tecnico del tavolo interregionale "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni Formativi" si è recato presso il Senato ed è stato ricevuto dalla Senatrice Pugliesi per illustrarle le proposte emendative al DDL n. 443, di cui è la relatrice, sulle quali la Commissione Salute si era espressa favorevolmente (si veda al riguardo la nota della Regione del Veneto prot. n. 26835 del 23/1/2017).

La Senatrice si è dimostrata interessata alle indicazioni fornite soprattutto con riferimento alla vicenda legata al riconoscimento dell'equivalenza dei titoli ed alle problematiche che si rifletterebbero sul SSN se si desse seguito a tale procedura.

punto 4. Schema accordo S/R concernente la definizione delle attività delle professioni del SSN

La proposta di accordo S/R sottoposta all'esame delle Regioni ha quale presupposto un precedente accordo Stato/Regioni del 7 febbraio 2013 il quale muoveva dalla necessità di effettuare una ricognizione delle attività riservate per legge alle professioni sanitarie regolamentate visto quanto stabilito dalla L. 14 gennaio 2013, n. 4 "*Disposizioni in materia di professioni non organizzate*". Ovvero, a fronte dell'emanazione di regole tecniche da parte dell'UNI (Ente Nazionale Italiano di Unificazione) riguardanti le professioni non organizzate, era stata avvertita l'esigenza di meglio definire l'ambito entro cui l'UNI stesso avrebbe potuto agevolmente operare, evitando sovrapposizioni con le competenze delle figure sanitarie

Il testo proposto si limita a riprodurre quanto già disciplinato in materia di professioni sanitarie dalla L. 43/2006. Peraltro una ricognizione e declinazione delle singole attività, come previsto dall'accordo del 2013 comporterebbe il rischio di un ritorno al "mansionario" il quale descriveva minuziosamente i singoli atti permessi (e solo quelli) alle diverse figure sanitarie, negando quindi un'autonomia professionale ed un ambito di intervento non strettamente delimitato, oggi invece entrambi riconosciuti.

Volendo comunque dar seguito all'adozione della proposta di accordo sulle professioni sanitarie, va valutata l'opportunità di integrare il testo con il richiamo anche alla L. 251/2000 laddove viene specificato che lo Stato e le Regioni promuovono la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni sanitarie attraverso una ridefinizione degli ambiti di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione, e rinviando a successivi accordi Stato/Regioni la definizione di funzioni, obiettivi e competenze, mediante ulteriori percorsi formativi, necessari per rispondere all'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione.

In questo modo verrebbe ribadita la possibilità di rivedere l'ambito delle competenze delle professioni sanitarie, prevedendo l'istituzione di ulteriori percorsi formativi che potrebbero svolgersi anche a livello regionale.

punto 5. Definizione di standard di personale sanitario (art. 1 c. 541 L.208/2015)

Nel corso del mese di marzo 2016, in attuazione dell'art. 1 commi 541, lett. b), 542 e 543 della Legge n. 28 dicembre 2015, n. 208 le regioni sono state chiamate a predisporre la rilevazione dei fabbisogni di personale correlata al rispetto delle disposizioni dell'Unione Europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, alla luce del disposto dall'art. 14 della Legge 161 del 30 Ottobre 2014.

Contestualmente è stato chiesto alle regioni di determinare anche il fabbisogno di personale collegato alla riorganizzazione delle rete ospedaliera e di emergenza urgenza, ai sensi del DM 70/2015.

L'analisi del fabbisogno conseguente all'applicazione dell'art. 14 della Legge n. 161/2014 e l'analisi complessiva dei fabbisogni di personale delle aziende risultano strettamente legate, a volte difficilmente scindibili, ma dipendono in modo significativo anche dal livello di attuazione della programmazione sanitaria e dei conseguenti benefici in termini di efficientamento dell'offerta. In taluni casi, i limiti di cui agli articoli 4 e 7 del D.Lgs. n. 66 dell' 8 aprile 2003, possono essere affrontati con riorganizzazioni delle risorse. Il fabbisogno generato dalle necessità derivanti dal rispetto della normativa sull'orario di lavoro non è tuttavia sovrapponibile con quello derivante dalle necessità derivanti dalla riorganizzazione della rete e della conseguente corretta dotazione delle strutture con il personale necessario al loro corretto funzionamento.

A livello ministeriale, nell'ambito del Tavolo per il Monitoraggio dell'Attuazione del D.M. 70/2015, si sta cercando di sviluppare una metodologia per la valutazione dei fabbisogni di personale. In fase di verifica di applicabilità della metodologia proposta, si sono manifestate criticità di metodo e di calcolo, che le regioni hanno rilevato. Il metodo proposto si basa per lo più su indici di attività, determinando quindi il fabbisogno di personale in relazione alla produzione erogata. La Regione Veneto ha in particolare sostenuto la necessità di "ribaltare" il metodo di determinazione del fabbisogno individuando parametri organizzativi minimi, nel rispetto degli obiettivi di programmazione regionale e del ruolo delle diverse strutture nel contesto.

Lo scenario organizzativo/assistenziale è in continua evoluzione; ne consegue che la definizione delle dotazioni di personale necessarie a garantire adeguati e appropriati livelli assistenziali secondo standard qualitativi definiti, rappresenta uno degli elementi strategici nel dominio della programmazione sociosanitaria. Appare peraltro complesso definire standard nazionali a fronte di modelli organizzativi regionali ancora molto differenziati anche se, per la parte ospedaliera, fortemente orientati dal DM 70/2015.

Ad oggi il Tavolo per il Monitoraggio dell'Attuazione del D.M. 70/2015 si è impegnato a riconsiderare la metodologia elaborata, con il concorso di alcuni esperti regionali.

Punto 6. Revisione regolamenti concernenti l'accesso del personale del SSN.

Si ritiene necessario costituire un gruppo tecnico per discutere delle necessarie modifiche ai regolamenti nazionali che disciplinano le procedure concorsuali per il personale del SSN (D.P.R. 220/2001 per il Comparto e D.P.R. 483/1997 per la dirigenza) alla luce delle numerose modifiche normative intervenute successivamente alla loro adozione (si pensi, solo per fare alcuni esempi, ai nuovi profili introdotti dai contratti collettivi nazionali o alla differente ricollocazione nelle categorie per taluni di essi, per quanto riguarda il Comparto, o all'inquadramento della dirigenza in un unico livello disposta dal D.Lgs. 229/1999, laddove il D.P.R. 483/1997 fa ancora riferimento ai dirigenti di primo e secondo livello). Parallelamente andrebbero rivisti anche il DM 30/01/1998 relativo alle discipline per l'accesso al SSN.

Punto 7. Modalità riduzione fondi contrattuali anno 2016 (art. 1, c. 236 della L. 208/2015)

Il comma stabilisce che nelle "more dell'adozione dei decreti legislativi attuativi degli articoli 11 e 17 della legge 7 agosto 2015, n. 124, con particolare riferimento all'omogeneizzazione del trattamento economico fondamentale e accessorio della dirigenza, tenuto conto delle esigenze di finanza pubblica, a decorrere dal 1° gennaio 2016 l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1,

comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2015 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio, tenendo conto del personale assumibile ai sensi della normativa vigente” (inciso, quest’ultimo non presente nell’art. 9, comma 2 bis del D.L. 78/2010).

La norma ripropone le disposizioni contenute nell’articolo 9, comma 2 bis, del D.L. 78/2010 e cioè il blocco delle risorse destinate al trattamento accessorio complessivo dei dipendenti pubblici (ancorchè riferite al 2015 anziché al 2010), e la riduzione delle stesse risorse proporzionale alla riduzione del personale in servizio. Si ripropone pertanto anche la questione se tale riduzione debba riguardare i fondi contrattuali nella loro interezza, ovvero, come sostenuto dalle OO.SS. mediche, le sole voci dei fondi riconducibili al trattamento accessorio.

Con riferimento specifico alla locuzione finale “*tenendo conto del personale assumibile ai sensi della normativa vigente*” si osserva che anch’essa appare costituire sostanziale conferma delle modalità di calcolo che già le amministrazioni effettuavano in vigenza del DL 78/2010. Si ricorda, in particolare, che la Circolare Mef 12/2011 prevedeva che per il computo delle decurtazioni conseguenti alla riduzione del personale si dovesse operare il confronto tra la semisomma dei presenti, rispettivamente al 1° dicembre e al 31 dicembre dell’anno di determinazione dei fondi e la semisomma dei presenti, sempre al 1° dicembre e al 31 dicembre, dell’anno 2010. La variazione percentuale tra le due consistenze medie di personale determinava la misura della eventuale riduzione da operare sui fondi. E’ evidente che nel momento in cui le aziende determinavano i fondi dell’anno in corso per effettuare il calcolo della semisomma dello stesso anno non potevano che far riferimento, oltre che al personale in servizio al 1° gennaio (dato conosciuto), anche a quello che presumevano sarebbe stato in servizio al 31 dicembre dello stesso anno. Naturalmente il fondo così determinato era provvisorio ed andava rideterminato l’anno successivo alla luce del personale effettivamente in servizio al 31 dicembre dell’anno precedente, e, quindi, le aziende dovevano tener conto del personale “assumibile”, oltre che del personale che sarebbe cessato. Nella stessa maniera si ritiene si debba operare anche in relazione alle disposizioni del comma 236 della L. 208/2015, come peraltro confermato dalla circolare 12/2016 della Ragioneria Generale dello Stato (cambia, naturalmente l’anno di partenza, sui cui operare il confronto che non è più il 2010 ma il 2015).

Va detto peraltro che la Corte dei Conti Lombardia con deliberazione 367/2016/Par ha affermato che alla luce dell’inciso in questione non vi sarebbe alcuna necessità di compiere una rettifica a fine esercizio per adeguare il fondo alle assunzioni effettivamente intervenute.

Si ritiene, tuttavia, che se si dovesse accogliere l’interpretazione della Corte dei Conti- Lombardia andrà tenuto conto che:

- il personale assumibile non può essere quello che fa genericamente capo alle capacità assunzionali a disposizione dell’amministrazione;
- tale personale non può che essere quello previsto nella programmazione triennale del fabbisogno del personale, adempimento che deve essere predisposto con la massima accuratezza e attenzione, nel rispetto di tutte le norme vigenti e limitazioni imposte dal legislatore;
- per evitare, quindi, azioni elusive, evidentemente, il personale assumibile deve essere inserito nella programmazione adottata nel rispetto di tutte le regole e, soprattutto, l’ente deve stanziare in bilancio le somme finalizzate all’assunzione;
- il fatto che un soggetto, di fatto, poi non sia stato assunto entro l’anno, dovrà dipendere da elementi oggettivi e non di certo da inerzia volutamente creata per considerare comunque presente il lavoratore al 31 dicembre per il calcolo della semisomma.

Premesso quanto sopra si ricorda che l’articolo 23 dello schema di decreto legislativo modificativo del D.Lgs. 165/2001, al comma 2 stabilisce che, nelle more della progressiva armonizzazione dei trattamenti economici accessori del personale delle amministrazioni pubbliche che sarà determinata dai contratti collettivi nazionali “a decorrere dal 1° gennaio 2017, l’ammontare complessivo delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all’articolo 1, comma 2, del D.lgs. 165/2001, non può superare il corrispondente importo

determinato per l'anno 2016. A decorrere dalla predetta data l'articolo 1, comma 236 della legge 28 dicembre 2015 n. 208 è abrogato".

Ne consegue che all'atto dell'entrata in vigore del decreto legislativo, stando all'interpretazione letterale della norma, le aziende dovranno rideterminare i fondi nella misura del 2016 (e quindi con le decurtazioni operate in quell'anno) senza più tener conto delle variazioni di personale intervenute nell'anno di riferimento rispetto al 2015. Si tratta evidentemente di un sistema più penalizzante nei confronti degli enti che nel 2017 e seguenti avranno incrementi di personale (sempre in base alla semisomma di cui sopra) rispetto al 2016.