



# Medicina Democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

ETS

Via Carlo Imbonati, 23 - 20159 Milano  
www.medicinademocratica.org

02.49776983  
segreteria@medicinademocratica.org

## La “liberalizzazione” della libera professione nelle professioni sanitarie : una risposta ingannatrice ad un problema concreto

Nelle ultime settimane due iniziative convergono verso la richiesta di “liberalizzare” ed estendere la “libera professione” per tutte le professioni sanitarie, operatori della sanità pubblica, oltre ai medici che la utilizzano dalle modifiche legislative del 1992.

Si tratta della Proposta di Legge al Parlamento approvata il 18.06.2026 dalla maggioranza del Consiglio Regionale della Lombardia “Disposizioni in materia di attività libero-professionale delle professioni sanitarie” e sicuramente in itinere in altri consigli regionali del medesimo “colore” politico e della petizione alla Camera presentata dal Presidente della Federazione degli Ordini TSRM e PSTRP Diego Catania sempre del 18.06.2026. Iniziativa presentata come a titolo personale ma su carta intestata dell’Ordine e ampiamente pubblicizzata sui media dello stesso.

Anche se il cosiddetto DDL sulle professioni sanitarie è ancora in itinere questo dovrebbe costituire il “quadro” ove ogni iniziativa relativa alle professioni sanitarie va riferita; che maggioranze di centro-destra promuovano una iniziativa su un “particolare” di questo tema quando il Parlamento è chiamato dal Governo a discutere dell’insieme delle professioni sanitarie può sembrare un’azione scoordinata oppure come un input politico

preciso quando il Governo si troverà a “riempire” con una legge delegata il riordino delle professioni sanitarie.

### Di chi si parla

La Proposta di Legge al Parlamento approvata in Lombardia porta la firma e il sostegno esplicito soprattutto della Lega e l’adesione degli altri partiti di centro-destra.

Il Presidente degli Ordini TSRM e PSTRP rappresenta una ampia gamma di professionisti sanitari “non medici” .

I professionisti sanitari interessati sono quelli che operano come dipendenti della Sanità pubblica con le seguenti qualifiche : **Area Tecnico Diagnostica e Assistenziale;** Dietista; Igienista dentale; Tecnico audiometrista; Tecnico audioprotesista; Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare; Tecnico di neurofisiopatologia; Tecnico ortopedico; Tecnico sanitario di laboratorio biomedico; Tecnico sanitario di radiologia medica **Area Riabilitativa;** Educatore professionale; Logopedista; Ortottista – Assistente di oftalmologia; Podologo; Tecnico riabilitazione psichiatrica; Terapista della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva; Terapista occupazionale; **Area della Prevenzione** Assistente sanitario; Tecnico della prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro; **Operatori di interesse sanitario;** Massofisioterapista.

Sono altrettanto interessati alla iniziativa gli operatori della sanità pubblica rappresentati dagli ordini dell'area delle professioni infermieristiche (FNOPI) e dell'area della professione ostetrica (FNOPO). Il FNOPI pur non partecipando direttamente, allo stato, alle iniziative suddette ha appoggiato quelle modifiche normative, già proposte nel 2025 (“emendamento Cantù” al DDL “prestazioni sanitarie”) che andavano nella stessa direzione.

### Di cosa si parla

Sotto il profilo “formale/legale” le due iniziative intendono cancellare o ridurre al minimo le attuali disposizioni che regolano la “esclusività” del rapporto tra operatori interessati quali dipendenti di enti pubblici.

La attuale normativa, di settore e/o generale per il pubblico impiego, limita la libera professione :

- Con la legge finanziaria n. 412 del 30.12.1991 sulla “esclusività” del rapporto con il SSN (incompatibilità *“con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale”*); è permessa la attività libero professionale dei medici purchè al di fuori dell'orario di servizio, *“all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con esclusione di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale”*. Quest'ultimo aspetto è stato poi ripreso dal dlgs 502/1992 e la libera professione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta è disciplinata nell'ambito delle convenzioni con la sanità pubblica. L'esclusione verso il privato è aggirata agevolmente con diverse modalità.

- Dal Dlgs 30 marzo 2001, n. 165 (norme sul pubblico impiego) che permette la libera professione del dipendente pubblico solo se previamente autorizzata dall'ente di appartenenza che deve verificare la presenza o meno di motivi di conflitto di interesse.

Attualmente vige una parziale deroga dei limiti/incompatibilità per effetto di normative “anti Covid” (DL 21 settembre 2021, n. 127). Vale per le *“professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione”* istituite dalla L. 1.02.2006 n. 43: al di fuori dell'orario di servizio, sono sospese le incompatibilità di legge fino al 31.12.2027 previa comunque autorizzazione dell'ente da cui dipende il singolo professionista.

La proposta di legge e la petizione mirano ad estendere le possibilità di libera professione “intramuraria”, “extramuraria” e “extramuraria allargata” vigenti per i medici anche per le altre professioni sanitarie **estendendo all'infinito la deroga vigente ed eliminando la necessità di autorizzazione dell'ente.**

Questo avviene tecnicamente introducendo un articolo alla L. 10.08.2000 n. 251 che disciplina le professioni sanitarie in questione, prevedendo “attività libero professionale” sia presso il singolo paziente, in forma intramuraria nell'ente di appartenenza come “in altre strutture pubbliche o private autorizzate o accreditate” ... *“secondo la vigente normativa in materia e i contratti collettivi nazionali di lavoro, con modalità tali da assicurare l'assenza di conflitti di interessi con l'attività svolta in favore degli enti di appartenenza”*. Le incompatibilità della normativa vigente rimangono ma vengono rese inerti mentre si mette una pezza formale ma generica sul tema centrale del conflitto di interessi tra attività di servizio pubblico con

quella in enti privati non soggetti alle funzioni e agli obblighi della sanità pubblica. La genericità di tale indicazione appare costituire un nodo ancora da “risolvere” che viene rimandato nel campo delle regioni/province autonome “sentiti gli ordini professionali e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale”.

Superfluo ricordare che i codici deontologici delle professioni sanitarie e il codice etico della Costituzione Etica della Federazioni degli Ordini ricordano l’obbligo di evitare conflitti di interesse o comunque di segnalarli, la proposta pertanto cancella o riduce al minimo questo obbligo.

### **Le motivazioni addotte dai sostenitori**

La principale motivazione addotta dal Presidente degli ordini e dai politici presentatori del progetto di legge è la seguente *“Il vincolo di esclusività imposto ai professionisti sanitari del comparto deriva da un impianto normativo anacronistico, che non tiene conto dell’evoluzione del sistema sanitario e contrasta con i principi costituzionali di tutela della salute e di libertà di iniziativa economica privata.”*

Si richiama addirittura la Costituzione (art. 32 e art. 41 ??) accusando la sanità pubblica e la pubblica amministrazione ovvero le norme che regolano gli obblighi dei dipendenti pubblici (incluse quelle anticorruzione) di essere anticostituzionali !

La carota presentata agli operatori da un lato e agli utenti dall’altro sarebbe costituita dai seguenti aspetti:

- semplificare e dare “prospettive” ad una “libera professione” continuativa;
- equiparare i “diritti” dei professionisti sanitari ai “diritti” dei medici;

- garantire “continuità di prestazione rese ai pazienti”;

- arricchimento professionale derivante dal confronto con diversi “contesti lavorativi e organizzativi”;

- aumentare l’offerta di prestazioni e ridurre le liste d’attesa con “piena valorizzazione del capitale umano che lo (il Paese, ndr) anima” .

La retorica del “Paese” e del “capitale umano” espressa dal Presidente degli ordini dei professionisti sanitari ci poteva essere risparmiata ma fornisce il “senso” dell’approccio e di finalità non dichiarate dell’ordine che sostiene di fatto l’apparente posizione singola del suo Presidente.

I professionisti sanitari che sostengono questa proposta, a partire dal Presidente, sono così sicuri che tale scelta rispetti il codice deontologico professionale ? In particolare ove si afferma che *“Il professionista sanitario promuove la qualità della programmazione e dell’organizzazione sanitaria, contribuisce a rendere effettivi i principi fondamentali di universalismo, uguaglianza e solidarietà del servizio sanitario nazionale.”* Una offerta – da parte di un dipendente pubblico – di prestazioni in libera professione svincolata dagli obblighi con l’ente pubblico, non finisce per costituire una iniziativa che sostiene un accesso diseguale alle prestazioni in quanto condizionate dal pagamento della stessa in forme diverse e maggiori rispetto a quelle previste per la sanità pubblica ?

Se consideriamo il ddl “professioni sanitarie” non sembra che, perlomeno a livello di principi, “liberalizzazione” della libera professione e uno dei principali obiettivi dichiarati dal ddl siano allineati. Il ddl infatti parte dalla considerazione che *“L’attuale situazione di disagio che il personale sanitario incontra rispetto al lavoro nel Servizio sanitario nazionale determina la crescente*

*preferenza per la libera professione o, addirittura, per l'emigrazione all'estero, la distribuzione non omogenea del personale sanitario sul territorio, gravi carenze per alcuni tipi di specializzazione e diseguaglianze territoriali in materia di fruizione delle prestazioni sanitarie. Ciò rende necessario intervenire, da un lato, per lo sviluppo delle competenze e per rafforzare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale, onde sopperire alla carenza di personale ...."* Oltre a evidenziare le differenze di salario tra professioni sanitarie in Italia e nei paesi OCSE (per esempio un infermiere italiano prende 45.454 dollari anno lordi mentre la media OCSE è di 62.128 dollari/anno lordi

Secondo il DDL la libera professione viene considerata un problema e non una soluzione. Si può discutere sulle soluzioni proposte che non riguardano un incremento salariale diretto ma, soprattutto. c) *favorire il mantenimento in servizio del personale sanitario anche mediante l'introduzione di riconoscimenti professionali per lo sviluppo della carriera e l'individuazione di misure organizzative e riconoscimenti professionali in favore del personale che opera in particolari condizioni di lavoro o che presta servizio in aree disagiate, (...)* f) *promuovere la definizione di meccanismi premiali legati ai sistemi di valutazione e misurazione delle prestazioni, ivi compresi gli indicatori riferiti alla riduzione delle liste d'attesa:"* In ogni caso la libera professione non è tra le proposte.

Ovviamente non ci sorprenderebbe in alcun modo un cambio di indirizzo, in quanto il Governo attuale ci ha abituato, a dichiarazioni (nelle deleghe richieste al Parlamento) in un modo e l'attuazione della delega con risultati normativi completamente diversi raccogliendo nel percorso stimoli di diversa origine e interesse con caratteristiche corporative o semplicemente con la finalità di incremento

dei fatturati/profitti da parte delle categorie interessate.

A conferma basti pensare alle preintese sulla "autonomia differenziata" sottoscritte a novembre da Lombardia, Veneto, Piemonte, Liguria che oltre a volere piena libertà sulla cassa del Fondo Sanitario Nazionale attribuito alla regione, promuovono diseguaglianze – presentate come "opportunità" - nei trattamenti economici anche del personale sanitario da regione "ricca" a regione "povera" con il risultato finale di indebolire ancora di più l'equità e la universalità di accesso alle prestazioni per le persone.

### **Gli effetti concreti**

Rimanendo alle due iniziative in questione, progetto di legge regionale e petizione, si chiede agli operatori sanitari, dipendenti pubblici, di essere attivi complici per l'ulteriore indebolimento della sanità pubblica spingendoli, alla fine, a considerare come maggiormente remunerativo un rapporto libero professionale "completo" (sulla falsariga dei gettonisti) e di organizzarsi per sottrarre utenti dal SSN al privato (la "continuità di prestazione").

Chiede agli operatori sanitari di autosfruttarsi con più ore di lavoro per ottenere un incremento di remunerazione coprendo questa scelta in nome della riduzione delle liste d'attesa che nel pubblico hanno ben altre cause, tra cui il blocco delle assunzioni e la riduzione del personale come pure per condizioni lavorative sempre peggiori.

Lo ha capito anche la Corte dei Conti, nel caso della Lombardia nell'evidenziare la difficoltà della sanità pubblica a garantire adeguati livelli di controllo in materia di sicurezza sul lavoro ha scritto che *"Si dovrebbe ad esempio prevedere un significativo aumento delle retribuzioni del personale (tecnici e medici) in modo da rendere più appetibile e*

*concorrenziale per i giovani il lavoro nel settore pubblico.”*

I nodi da affrontare seriamente sono quelli della assunzione di personale, incrementi stipendiali adeguati, forme di incentivazione per i percorsi di studio in queste specialità, una organizzazione del lavoro e diritti dei lavoratori nei confronti delle ASL come degli enti privati (da tempo chiediamo un contratto unico della sanità pubblica e privata). Ancora oggi vengono erogati provvedimenti disciplinari fino a licenziamenti per chi viola “l’obbligo fiduciario” ovvero segnala le criticità dei servizi nell’ente di appartenenza anche pubblicamente.

Non sono questi i nodi delle proposte in questione come non lo sono le “prestazioni aggiuntive” per gli operatori della sanità pubblica. Si tratta di interventi introdotti con il dl 34/2023 e la legge di bilancio 213/2023 con i quali sono stanziati fondi, attualmente fino al 31.12.2026, oggetto di “contrattazione” sindacale a livello regionale, “al fine di fronteggiare la carenza di personale sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale, di ridurre le liste di attesa ed il ricorso alle esternalizzazioni”. In soldoni “prestazioni aggiuntive”, “in via eccezionale e temporanea” al di fuori dell’orario di servizio, praticamente straordinari remunerati 50 euro lorde l’ora (complessive circa 40 milioni per il 2024). Quanto sopra a fronte della usuale costrizione, per inadeguatezza del personale, per molte categorie di operatori a dover oggi svolgere prestazioni in straordinario con il “calvario” per farle riconoscere in busta paga.

Le prestazioni aggiuntive sono stata una “pezza” e un modo per “ammettere senza dichiararlo” che la riduzione del personale nei servizi era tale da rendere impossibile il rispetto dei LEA a livello regionale senza che ciò determinasse una “vertenza” regioni-stato per lo sblocco delle assunzioni, aumenti

stipendiali adeguati e incrementi di finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale a ciò dedicati. Una esca per ammansire gli operatori in modo individuale e distrarli dalla messa in opera di vertenze incisive assieme agli utenti di servizi pubblici sempre più disastriati.

L’eliminazione di quasi ogni limitazione alla libera professione di tutti i professionisti sanitari non medici non è altro che la sistematizzazione di una tale modalità di intervento, una pezza che finirà per peggiorare il buco, sicuramente dal punto di vista dell’equità e universalità di accesso alle prestazioni sanitarie garantite dal SSN.

Da ultimo non è secondario segnalare che il “conflitto di interesse” che agevolmente si verificherebbe in molti casi non è aggirabile con espressioni generiche. Peraltro ne rimarrebbe uno evidente: quello dei tecnici della prevenzione delle ASL con funzioni di vigilanza (anche sulle strutture sanitarie per le quali potrebbero operare con la libera professione) ed in particolare quelli con funzioni di sicurezza sul lavoro per i quali la consulenza è vietata per legge (art. 13 comma 5 del dlgs 81/2008).

A fronte di tali spinte, politiche e degli ordini professionali, cosa dobbiamo attenderci dalle forze politiche e sindacali che si sono spese in dichiarazioni in “difesa della sanità pubblica” se non una opposizione assoluta e intelligente a queste proposte ? Per quanto riguarda Medicina Democratica saremo dalla parte di chi vorrà coerentemente agire in questa direzione ed evitare ulteriori cedimenti del Servizio Sanitario Nazionale con i relativi effetti negativi sul diritto alla salute di tutti e tutte.

Il Consiglio Direttivo di Medicina Democratica ETS