

Mozione 1-00618 (Mozione bipartisan sulla medica territoriale a cui ha contribuito lo SMI; le parti accolte sono evidenziate)

testo presentato

Mozione 1-00618

testo presentato

Mercoledì 30 marzo 2022

modificato

Mercoledì 15 giugno 2022, seduta n. 708

La Camera,

premesso che:

la pandemia da COVID-19 ha creato gravi problemi sanitari, economici e sociali in tutto il mondo;

questa emergenza sanitaria ha drammaticamente amplificato le fragilità del nostro Servizio sanitario nazionale, mettendolo a dura prova per carenza di strutture, di personale, per disomogeneità regionali;

in quest'ultimo anno sono stati adottati numerosi provvedimenti per rafforzare la nostra sanità, specialmente all'interno dei reparti ospedalieri maggiormente coinvolti nell'emergenza, finalizzati ad implementare l'organico ed assumere tra personale sanitario, infermieristico e socio-sanitario, secondo quanto riferito dal ministero della salute, più di 36.000 unità;

l'ultima legge di bilancio ha previsto fondi per investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie, delineando un percorso di miglioramento non solo strutturale e nell'ambito della sicurezza ma anche impiantistico e di ammodernamento tecnologico;

dopo un ampio ciclo di audizioni si è giunti ad individuare quali siano le necessità prioritarie da affrontare attraverso l'utilizzo dei fondi del Recovery fund, con i quali si auspica che si potranno finalmente apportare le giuste riforme sui punti deboli del nostro Ssn, emersi anche a seguito di questa pandemia;

tra le linee d'intervento e i progetti in cui si articola la Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), relativa alla salute, si evidenzia, in particolare il potenziamento della rete di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria, quale elemento imprescindibile per garantire una risposta assistenziale appropriata ed efficace, in grado di demandare agli ospedali le attività di maggiore complessità, concentrando a livello territoriale le prestazioni meno complesse, attraverso lo sviluppo delle case di comunità, l'assistenza domiciliare integrata (Adi), la telemedicina, nonché implementando la presenza sul territorio degli ospedali di comunità;

nel mese di febbraio 2022 il Ministro della salute ha trasmesso alla Conferenza Stato-regioni il documento, cosiddetto «DM71», recante gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, standard che le regioni e province autonome saranno tenute a garantire, in coerenza con la Missione 6 del PNRR, attraverso l'adozione di un provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale, analogamente a quanto avvenuto con il cosiddetto «DM 70» con riferimento alla assistenza ospedaliera;

il 16 marzo 2022 la Conferenza Stato-regioni ha esaminato lo schema di decreto ministeriale cosiddetto «DM 71» e, pur rinviando l'intesa sul provvedimento in attesa dell'esame da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, ha posto alcune condizioni: progressività nell'attuazione in relazione anche alle risorse; un'adeguata implementazione e potenziamento del fabbisogno del personale e un'adeguata copertura finanziaria; costituzione di un Tavolo di lavoro per la determinazione delle risorse necessarie; riforma urgente ed indifferibile delle disposizioni in materia di medici di medicina generale e un aggiornamento del percorso formativo; assunzione di medici di comunità e delle cure primarie e di medici dei servizi territoriali da impiegare nelle case della comunità, a seguito di appositi corsi abilitanti organizzati a cura delle regioni; impiego di tutto il personale sanitario e amministrativo necessario e risorse correlate; adozione di un successivo provvedimento per ulteriori setting territoriali, quali salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile;

nella successiva seduta del 30 marzo 2022, è stata espressa la mancata intesa da parte della predetta Conferenza sullo schema di decreto «DM71» e, in seguito a ulteriori interlocuzioni, con delibera del Consiglio dei Ministri del 21 aprile 2022, il Governo ne ha autorizzato l'adozione senza la prescritta intesa;

secondo quanto si evince dalla bozza del «DM71», nell'ambito del distretto, quale un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (Asl) sul territorio di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio, la programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- a) almeno una casa della comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- b) case della comunità spoke e ambulatori di medici di medicina generale (Mmg) e pediatri di libera scelta (Pls) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei Mmg e Pls (Aft e Uccp) sono ricomprese nelle case della comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- c) almeno un infermiere di famiglia o comunità ogni 2.000-3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di infermieri di famiglia o comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- d) almeno un'unità di continuità assistenziale (un medico e un infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- e) una centrale operativa territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- f) almeno un ospedale di comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000-100.000 abitanti;

la casa di comunità rappresenta il modello organizzativo di governo delle risorse economiche destinate all'assistenza della comunità, con un budget specifico e ben definito sulla base della popolazione assistita, dei servizi offerti e dei risultati attesi; si fa carico di tutte le esigenze preventive, cliniche, mediche, infermieristiche, riabilitative, amministrative, socio sanitarie del proprio gruppo di assistiti, sia gestendo direttamente i servizi, che acquistando risorse da altri erogatori di attività specialistiche o sociali, con un meccanismo assistenziale del prendersi cura della persona nella sua complessità e non soltanto nell'intervenire al momento del bisogno, e coordinando l'intervento nei confronti degli stessi, anche nei settori amministrativi, socio sanitari, nell'intero arco della giornata e per tutta la settimana; l'erogazione di servizi ambulatoriali integrati comprensivi di servizi socio-sanitari può svolgersi nei medesimi ambienti

attraverso il coordinamento con tutti gli operatori sanitari e amministrativi operanti nella struttura, semplificando così i percorsi sanitari ai cittadini;

nell'ambito dell'anzidetto potenziamento dell'assistenza territoriale, quindi, le case della comunità rappresentano il modello organizzativo che maggiormente concretizza l'assistenza di prossimità e il luogo fisico al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema dell'assistenza sanitaria e i principi che orientano lo sviluppo della casa di comunità sono, dunque, l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della medicina di iniziativa e il principio dell'equità dell'assistenza declinato nelle sue varie dimensioni (ad esempio, appropriatezza, sicurezza, coordinamento e continuità, efficacia e tempestività);

la casa di comunità intende dunque superare la sola logica «prestazionistica» per diventare anche un luogo dove gli enti del terzo settore non profit e del volontariato realizzano la co-progettazione e la co-programmazione, sviluppando i percorsi di inclusione sociale di cui alla legge 328 del 2000;

in tale contesto è evidente come anche il sistema informativo, e in particolare il fascicolo sanitario elettronico, sia essenziale laddove puntualmente integrato da tutti i livelli sanitari ed assistenziali, compresi quelli privati, tenuto conto che con gli strumenti di elevata tecnologia, informatici e telematici, e con la telemedicina, molti dei processi amministrativi e assistenziali potranno essere superati o agevolati, facilitando il cittadino;

trattandosi di una impostazione innovativa, come si evince dal PNRR e dal documento «DM71», è necessario individuare un layout e indicatori utili a verificare se gli obiettivi previsti vengono raggiunti e in quale misura, non solo sotto l'aspetto della sostenibilità economica ma, soprattutto, dei risultati in termini di miglioramento dello stato di salute della comunità nonché della sua coesione sociale;

con il rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata (Adi), anche attraverso la predisposizione di budget di cura e l'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, oltre che mediante il potenziamento dei supporti tecnologici e digitali, la presa in carico dovrà essere personalizzata e globale, nei confronti di ogni fragilità tale da consentire risposte adeguate attraverso la presenza di operatori che siano punto di riferimento certo nel tempo per i soggetti coinvolti e per l'affiancamento e sostegno dedicato ai caregiver;

il rafforzamento delle cure intermedie è perseguito attraverso la realizzazione di ospedali di comunità, quali presidi sanitari a lunga degenza con funzioni «intermedie» tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, anche attraverso la riconversione o la riqualificazione di progetti e strutture già esistenti nonché la valorizzazione e il coinvolgimento delle strutture pubbliche e private convenzionate o convenzionabili con il Servizio sanitario nazionale;

i problemi esistenti del nostro sistema sanitario sono riconducibili a: alto costo per prestazione con risorse economiche limitate; incremento costante delle richieste di intervento; strutture di ricovero non del tutto idonee (50 per cento degli ospedali hanno meno di 120 posti letto); vetustà del patrimonio edilizio e tecnologie disponibili obsolete; ricoveri non appropriati per degenze prolungate; pronto soccorso con eccesso di utenza e tempi di risposta inadeguati; livelli di sicurezza non sempre appropriati; tempi di attesa elevati per le prestazioni sanitarie; scarsità di personale in termini quali/quantitativi; sede di ricovero non appropriata; copertura completa in ricovero tipici su 5/6 giorni per 8-12 ore/die; bisogni dell'utenza variati e risposte non sempre personalizzate o non sufficientemente personalizzate; elevato livello di burocratizzazione con processi particolarmente complessi per esigenze amministrative; modello organizzativo e

normativo ante riforma di cui alla legge n. 833 del 1978 con base organizzativa e gestionale derivata dai modelli mutualistici ante riforma;

dinanzi alle suddette criticità si indicano, come elenco non esaustivo, anche tutti quegli elementi che potrebbero configurarsi come azioni qualificanti di politica sanitaria, adeguate al nostro sistema sociale ossia; alto livello di appropriatezza e di sicurezza; riduzione della frequenza delle patologie e della loro gravità; riduzione degli sprechi; riduzione delle degenze medie; qualità e tempestività della risposta; semplificazione clinica, organizzativa ed amministrativa; ottimizzazione del numero delle strutture e dei posti letto; costo moderato per prestazione; attività di servizio sette giorni su sette e per 24 ore; elevato utilizzo degli impianti tecnologici; remunerazione mista, per risultato, per prestazione, per quota capitaria e per servizio; risposte personalizzate; partecipazione e coinvolgimento attivo del cittadino; organizzazione di un servizio sanitario e socio sanitario integrato; migliore qualità di vita per il singolo e per la comunità; compatibilità economica con le risorse disponibili;

la gestione dei pazienti deve essere in grado di operare in un ambiente integrato, con facilità di comunicazione e interazione per la valutazione dei bisogni assistenziali, e naturalmente altamente informatizzato: è necessaria una struttura operativa organica e integrata che, grazie ad una responsabilità condivisa, potrà garantire una risposta complessiva e di qualità che dia soddisfazione alle necessità sanitarie e sociosanitarie grazie ad una maggiore sicurezza e appropriatezza clinica ed una qualificazione della attività;

una diversa organizzazione territoriale, che crei un filtro di alto livello e ad indirizzo preventivo, può ridurre in modo importante il fabbisogno sanitario per le patologie acute e cronico degenerative, attraverso la gestione precoce di molte patologie direttamente al domicilio del paziente; la gestione domiciliare, con un organico significativo, garantisce un'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale di alto livello;

la telemedicina appare finalmente matura per garantire servizi di alto livello per diagnosi, terapia e follow up di pazienti cronici anche in condizioni di scompenso cronico, per mantenere in equilibrio il paziente, garantirgli una gestione domiciliare monitorata e un intervento tempestivo in caso di necessità; la sburocratizzazione dell'organizzazione consentirà di reinvestire fondi per prestazioni sanitarie carenti sul territorio come l'odontoiatria convenzionata, la cura della salute mentale e la riabilitazione;

nell'ambito di una riorganizzazione efficace del nostro sistema sanitario, buona parte delle azioni qualificanti su indicate potrebbero essere riconducibili all'attribuzione al medico di famiglia della responsabilità di analisi clinico-terapeutica e di valutazione clinica, in una visione olistica della persona, dei suoi bisogni sanitari, assistenziali e sociali e per un risultato di sintesi che non sia solo medico;

i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attraverso modelli di aggregazione multifunzionale e multidisciplinare (ad esempio Aft, Uccp e altro) con specialisti ambulatoriali delle varie aree mediche e con tutte le figure sanitarie coinvolte, quali infermieri, riabilitatori, psicologi, ruoli amministrativi della sanità e assistenti sociali, dotati di tecnologie di base (ecg-spirometro-pulsiossimetro-ecografo-punto prelievi e altro), seguono tutte le diverse esigenze della persona sia in termini di prevenzione primaria e medicina di iniziativa sia per l'accesso ai percorsi di cura e assistenza, avendo particolare attenzione alla valutazione e all'appropriatezza dei trattamenti prescritti (visite, farmaci, ricoveri, prestazioni varie), nonché alla verifica dei risultati ottenuti;

per le patologie croniche e rare afferenti ai Centri di riferimento specialistici, l'assistenza e la terapia domiciliare, monitorata dai medici di medicina generale in rete con gli specialisti di riferimento, presenta numerosi benefici, quali aderenza al trattamento e appropriatezza della cura, miglioramento da un punto di vista psicologico, somministrazione in sicurezza e in ambiente familiare, riservatezza sulla condizione del paziente, facilitazioni logistiche (lavoro/studio) e risparmio economico;

anche la prevenzione primaria può consentire di ottenere risultati significativi con una spesa decisamente modesta ma con un contributo al benessere generale molto elevato: numerose evidenze hanno chiaramente dimostrato, ad esempio, la maggior efficacia, economicità ed equità dei sistemi basati sulla «Primary Health Care» ed anche il documento dell'Oms, «Salute 2020», conferma il ruolo centrale e strategico che l'assistenza primaria dovrebbe assumere in tutti i sistemi sanitari del XXI secolo: la Primary Health Care prevede un investimento iniziale per spostare l'accento dalla performance sanitaria alla prevenzione e partecipazione in salute, producendo un forte risparmio di prestazioni sanitarie a medio e lungo termine, soprattutto rispetto ai ricoveri ospedalieri e agli accessi in pronto soccorso;

nel panorama dei servizi socio-sanitari presenti sul territorio, anche i Consultori familiari (Cf) si caratterizzano per l'offerta attiva di una molteplicità di azioni e interventi, volta a ridurre l'effetto delle diseguaglianze sociali sulla salute. L'assistenza al percorso nascita, la prevenzione oncologica e le attività di promozione della salute rivolte agli adolescenti/giovani sono le aree programmatiche prioritarie dei Cf;

le farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, ubicate uniformemente sull'intero territorio nazionale, vengono definite nel DM71 presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale; in particolare, la rete capillare delle farmacie assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza così come previsto dalla cosiddetta «Farmacia dei servizi»;

occorre inoltre colmare l'assenza di obiettivi di risultato di salute e, se da un lato il nostro sistema sanitario è dotato di strumenti di gestione, come ad esempio il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, e di obiettivi prevalentemente quantitativi, dall'altro è incredibilmente privo di elementi di valutazione del risultato e di indicatori di salute; eppure indicare ad esempio, come obiettivo, la riduzione del 25 per cento dei pazienti affetti da diabete o colpiti da ictus, da patologie respiratorie o da tumori al polmone, avrebbe consentito, in questi anni, un impiego più efficiente delle risorse economiche derivante da uno stato di salute della comunità mediamente migliore rispetto all'attuale, con migliori prospettive per il futuro;

in tale ottica, dunque, la remunerazione dovrà modificarsi in modo significativo, così da consentire il raggiungimento del migliore risultato clinico possibile al costo più basso e per la medicina generale, al fianco della remunerazione in base alla quota capitaria, definita dal numero di pazienti al mese iscritti al medico, dovrebbe esserci anche la remunerazione per risultato clinico o di salute, così da attivare azioni virtuose e promozionali del risultato atteso;

bisogna implementare un modello funzionale che garantisca un riconoscimento del risultato ottenuto (pay for result) e non solo il pagamento per prestazione, assicurando dunque un valore pregnante al risultato ottenuto per la salute dei cittadini; la presenza di medici di famiglia e di specialisti che lavorano e operano per risultato (e quindi tempestivamente quando necessario) e con tutte le tecnologie necessarie può rendere la diagnostica territoriale tempestiva e qualificata;

il sistema di remunerazione per risultato applicato alle prestazioni mediche o sanitarie, denominato pay-for-performance – P4P ha esperienze già realizzate in altri Paesi, come ad

esempio in Germania, dove la sua attivazione ha prodotto risultati clinici significativi e una riduzione della spesa, diretta ed in prospettiva, molto significativa; ed anche in Italia, è stato sviluppato il progetto Take Care per la prevenzione primaria dei tumori nelle asl di Bergamo e di Lodi,

impegna il Governo:

1. al fine di raggiungere gli obiettivi indicati dalla missione 6 del PNRR e assicurarne l'attuazione uniforme su tutto il territorio nazionale, ad adottare iniziative per prevedere che la riorganizzazione territoriale, come delineata nella bozza di decreto cosiddetto «DM71» sia sostenuta dal potenziamento del fabbisogno del personale sanitario e amministrativo, da un'adeguata copertura finanziaria, da una riforma delle disposizioni in materia di medici di medicina generale;

2. a prevedere, in una logica di risposte integrate a vantaggio della comunità, la declinazione e l'impiego delle professioni sanitarie ad alta valenza comunitaria (ad es. fisioterapista di comunità, psicologo di comunità, ostetrica di comunità, dietista di comunità), oltre al coinvolgimento attivo dei tecnici sanitari per le competenze specifiche sui temi della sanità digitale e del connected health;

3. ad adottare le iniziative di competenza e a reperire le risorse necessarie nell'ambito del rinnovo dei contratti, al fine di garantire tutele adeguate per i professionisti della medicina convenzionata, con riferimento particolare al riconoscimento dell'infortunio sul lavoro, del diritto alle ferie, della maternità assistita, dei permessi per malattia, nonché politiche continuative per le pari opportunità;

4. a valutare una revisione della formazione dell'operatore sociosanitario affinché venga garantita una migliore risposta ai bisogni di assistenza dei cittadini e non si abbia più una diversificazione e una frammentazione dei percorsi formativi a seconda della regione di appartenenza né una diversa definizione delle loro mansioni;

5. ad adottare le iniziative di competenza, anche normative, affinché i modelli di aggregazione rispondano alla logica della multidisciplinarietà e multi professionalità per l'erogazione delle prestazioni, in regime di convenzione e con obbligazioni di scopo e risultato, previa adeguata formazione del personale coinvolto, assicurando:

- l'effettiva integrazione, la presa in carico e l'omogeneità nell'erogazione dei servizi attraverso le aggregazioni tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, psicologi, medici di continuità assistenziale, collaboratori di studio;
- soluzioni organizzative per rendere effettivo un modello di sanità con valorizzazione economica delle predette professioni in modo che sia attrattivo e vantaggioso lavorare presso le strutture territoriali;
- l'attivazione, per gli individui con condizione di fragilità o cronicità, degli interventi clinici e assistenziali di cui necessitano;
- la continuità di cura e assistenza, la gestione 24 ore su 24 per le necessità di primo livello e primo soccorso (codici bianchi o verdi) e il contestuale mantenimento del rapporto di fiducia medico-paziente nell'intero percorso assistenziale;

6. ad adottare le iniziative di competenza per recuperare e valorizzare il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta nell'ambito della riorganizzazione territoriale, in quanto medici con assistiti in carico, assicurando agli stessi la centralità dell'assistenza territoriale, nell'ottica di un lavoro di equipe con le altre figure dell'assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale, anche nell'ambito delle case della comunità;

7. a promuovere, in specie nelle aree interne e montane, nelle piccole isole, nelle zone di confine e nelle altre aree nelle quali, per le caratteristiche geografiche e morfologiche del territorio, le case della comunità possano risultare distanti, il rafforzamento dello studio del medico di medicina generale, attraverso strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina nonché mediante l'integrazione con figure professionali dipendenti dall'azienda sanitaria di riferimento, al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e non accrescere le diseguaglianze territoriali;
8. a valorizzare la rete territoriale di assistenza e presa in carico del paziente anzitutto cronico, in modo da individuare i bisogni di cura anche attraverso attività di screening e sviluppare terapie adeguate a cominciare dalla erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 11 della legge n. 69 del 2009 e dalla loro piena inclusione nei Livelli essenziali di assistenza dando così finalmente attuazione all'articolo 8, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017;
9. al fine di garantire una idonea presa in carico globale e un'adeguata assistenza domiciliare dei pazienti con malattie rare o croniche complesse, ad adottare iniziative per facilitare ed estendere l'assistenza e la terapia domiciliare per i pazienti cronici e i malati rari, nel rispetto della sicurezza dei pazienti, ottemperando alla realizzazione di una sanità di prossimità, con un coordinamento tra specialisti dei centri di riferimento e i medici di medicina generale;
10. a sostenere, per le esigenze assistenziali che non sia possibile soddisfare con la domiciliarità, il potenziamento degli standard organizzativi, strutturali e tecnologici delle RSA e delle strutture analoghe, assicurando la partecipazione degli enti che rappresentano le predette strutture nelle commissioni, organismi e gruppi di lavoro presso il Ministero della salute e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali;
11. ad adottare iniziative per promuovere, con la popolazione a rischio, incontri di prevenzione in relazione all'evoluzione delle malattie croniche in modo da ridurre l'evoluzione verso la grave disabilità e il rischio di perdita dell'autonomia, sostenendo il mantenimento delle funzionalità e autonomie residue per le persone non autosufficienti;
12. ad integrare, nelle Case di comunità, anche i Consultori Familiari (CF) quali servizi territoriali, di prossimità, multidisciplinari, fortemente integrati con altri presidi socio-sanitari e caratterizzati da un approccio olistico alla salute, a tutela della salute della donna, degli adolescenti, della coppia e della famiglia diffusi sull'intero territorio nazionale e orientati ad attività di prevenzione e promozione della salute;
13. ad adottare iniziative di competenza, anche di carattere normativo, volte a potenziare l'odontoiatria pubblica, per consentire l'accesso ai ruoli dirigenziali del Ssn e alle funzioni di specialista ambulatoriale anche agli odontoiatri che non sono in possesso di un diploma di specializzazione ulteriore rispetto alla (già di per sé specialistica) laurea in odontoiatria e protesi dentaria, agevolando in questo modo il ricambio generazionale degli organici e l'erogazione di un maggiore volume di prestazioni;
14. ad adottare le iniziative di competenza affinché nella riorganizzazione della rete di medicina territoriale:
- siano implementati ulteriori setting territoriali, quali la salute mentale, la dipendenze patologiche, la neuropsichiatria infantile e assistenza psicologica di base, creando così una rete capillare sul territorio, che possa garantire, almeno, per la fascia più giovane della popolazione una presa in carico immediata;

- sia previsto il servizio dello psicologo di base, con la finalità di sostenere e integrare l'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini, anche promuovendo efficaci strategie di prevenzione e di presa in carico dei soggetti maggiormente a rischio di suicidio;

15. a valutare l'opportunità di prevedere, in sinergia con il Ministero dell'Istruzione e con gli enti locali, all'interno degli istituti scolastici e nei servizi educativi, un presidio socio-sanitario, non solo per far fronte alle nuove problematiche indotte dalla pandemia Covid-19 ma anche al fine di una implementazione della prevenzione, protezione e promozione della salute individuale dei bambini e degli adolescenti con particolare attenzione all'educazione nutrizionale, ambientale e, per i ragazzi più grandi, alla salute mentale, all'uso di sostanze stupefacenti e alla salute riproduttiva;

16. ad adottare iniziative per introdurre meccanismi remunerativi innovativi, così da consentire il raggiungimento del migliore risultato clinico possibile al costo più adeguato, contemplando, al fianco della remunerazione in base alla quota capitaria e alla prestazione, anche la remunerazione per risultato clinico o di salute, così da attivare azioni corresponsabili e virtuose in relazione al risultato atteso;

17. al fine di ovviare alla mancanza di personale medico di medicina generale, nell'ambito della formazione, ad adottare le opportune iniziative volte a:

- consentire l'accesso alla carriera di medico di medicina generale anche ai medici di comunità e delle cure primarie, a seguito dell'adeguamento dei percorsi formativi;
- trasformare il corso di medicina generale in un corso di specializzazione universitaria, equiparandola a tutte le altre specializzazioni;

18. a potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello statale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo della persona assistita come parte attiva del processo clinico-assistenziale, e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni;

19. ad adottare iniziative per valorizzare il ruolo degli enti del terzo settore nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale e dell'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, sostenendo iniziative affinché anche la casa di comunità promuova il ruolo del terzo settore non profit e del volontariato organizzato come co-progettazione e co-protagonista della CDC, sviluppando percorsi di inclusione sociale integrati con i distretti sanitario e sociali (L.328/00), valorizzando il ruolo dei sindaci, definendo gli obiettivi attesi ed effettuando la valutazione;

20. a promuovere il collocamento della figura del caregiver familiare, attualmente definita dall'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, nell'ambito di un quadro giuridico di riferimento, affiancandolo costantemente nelle attività e nella formazione e valorizzandone il ruolo anche da un punto di vista assistenziale, sociale e previdenziale;

21. ad adottare le opportune iniziative per garantire un costante monitoraggio dell'attuazione degli obiettivi previsti dal Pnrr e delle riforme di adeguamento a livello regionale e fornire un'informazione qualificata e trasparente in merito ai progetti di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, confrontandosi periodicamente con le Camere in merito ai progressi nella loro attuazione.

(1-00618) (Nuova formulazione – Testo modificato nel corso della seduta) «Nappi, Panizzut, Carnevali, Mandelli, Noja, Bologna, Stumpo, Menga, Lapia, Trizzino, Villani, D'Arrando, Lorefice, Mammi, Marzana, Misiti, Penna, Provenza, Ruggiero, Sportiello, Boldi, Sutto, DeMartini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Patelli, Tiramani, De Filippo, Ianaro, Lepri, Pini, Rizzo Nervo, Siani, Bagnasco, Novelli, Versace, Romaniello, Dori, Siragusa, Paolo Nicolò Romano».

Audizioni alla Commissione XII Affari Sociali della Camera dei Deputati sulla Proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza

Le proposte del Sindacato Medici Italiani (SMI):

“Rafforzamento della medicina territoriale, scuola di specializzazione per la medicina generale, maggiore tutela della salute dei medici e dei sanitari”.

Roma, 25 gennaio 2021

Quest'ultimo anno drammatico ci ha fatto capire quanto sia urgente riformare il nostro sistema sanitario; il nostro SSN è giunto alla prova del Covid manifestando elementi di relativa debolezza rispetto ai principali partner europei.

Abbiamo registrato nel 2020 un numero elevato, elevatissimo di medici morti, se confrontato con quello degli altri paesi europei e questo vuol dire che nella rete organizzativa sanitaria qualcosa non ha funzionato e non sta funzionando.

La tenuta e la risposta del SSN è solo dovuta alla professionalità degli operatori sanitari e dei medici che non si sono tirati indietro, nonostante la condizione lavorativa precaria, la mancanza di DPI e la scarsità di personale.

Di fronte alla pandemia il Paese si è trovato impreparato perché il piano nazionale dell'emergenza era fermo da 10 anni, e negli ultimi 20 anni si è continuato a tagliare nella sanità.

Occorre rimettere al centro dell'agenda politica l'importanza della medicina territorio e di quella generale con misure efficaci per rafforzarla. Da tempo abbiamo denunciato i nodi da sciogliere per rimuovere i tanti ostacoli al fine di investire sul serio e non a parole sulla salute degli italiani.

In particolare venendo alla missione 6 riferita alla Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza prevede per la medicina generale :

➤ **Potenziamento assistenza sanitaria e rete territoriale**

- Casa della Comunità e presa in carico delle persone: Il Progetto nasce per potenziare l'integrazione complessiva dei servizi assistenziali socio-sanitari per la promozione della salute e la presa in carico globale della comunità e di tutte le persone, siano esse sane o in presenza di patologie e/o cronicità. Per realizzare tale integrazione, il progetto prevede la realizzazione di strutture fisicamente identificabili (“Casa della Comunità”), che si qualificano quale punto di riferimento di prossimità e punto di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per i cittadini. L'obiettivo è quello di realizzare entro il 2026 una Casa della Comunità ogni 24.500 abitanti: si punta a realizzare 2.564 nuove Case della Comunità con l'obiettivo di prendere in carico 8 milioni circa di pazienti cronici mono-patologici e 5 milioni circa di pazienti cronici multi-patologici.

Questo modello organizzativo, che coinvolge l'assistenza primaria, ha molte criticità in quanto nei prossimi anni i medici dell'assistenza primaria verranno notevolmente a mancare a causa del loro progressivo pensionamento e dell'impossibilità d'immissione al lavoro di giovani medici per il cosiddetto imbuto formativo.

Il Piano, pone l'accento, poi, sullo sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità e delinea il progetto finalizzato a rafforzare l'attività formativa anche attraverso l'aumento delle borse di studio del corso di formazione specifica in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli formativi triennali. L'obiettivo del Piano è quello di erogare e completare 900 borse di studio per il corso di formazione specifica in medicina generale per ciascuno degli anni 2024, 2025, 2026.

Siamo del parere, invece, che tra il 2018 e il 2025, dei circa 105.000 medici specialisti attualmente impiegati nella sanità pubblica, ne potrebbero andare in pensione la metà (52.500), per il 2025 si prevede una importante carenza di circa 16.500 specialisti».

Il concorso di medicina generale del triennio 2020-2023, è stato previsto un totale di borse di studio «pari a 1.302, distribuite per Regione: un numero che non sembra tenere in conto le problematiche sia del pensionamento che dell'imbuto formativo a fronte anche qui dei prossimi pensionamenti che coinvolgeranno circa la metà della forza lavoro attualmente presente.

Le nostre proposte nel merito sono:

1. Risolvere l'imbuto formativo e trasformare il Corso di Medicina Generale in Specializzazione.
2. Aumentare le piante organiche assumendo medici di medicina generale e specialisti.
3. Istituire la medicina scolastica, anche con la reintroduzione quale materia di studio dell'educazione sanitaria.

Noi medici di medicina generale lavoriamo più di 60 ore a settimana, tantissimi di noi si sono contagiati o ammalati, non sappiamo neanche quanti, non rientrando nelle statistiche INAIL in quanto non destinatari di alcuna polizza di infortunio sul lavoro.

Il PNNR deve prevedere misure finalizzate al riconoscimento dell'infortunio sul lavoro per i medici di medicina generale a seguito di contagio da covid.

Restiamo basiti sul fatto che ancora oggi i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e altri professionisti medici, che hanno subito tanti contagiati e morti nel corso della pandemia da coronavirus, non siano coperti dall'assicurazione Inail in caso di decesso.

Non sono bastati più di 250 medici di famiglia deceduti per far estendere le tutele sul lavoro al contagio da virus e farlo rientrare nei casi d'infortunio sul lavoro. Alla luce della recente pandemia tocca ripensare ad uno strumento normativo adeguato che riconosca ai medici convenzionati le tutele previste per tutti gli altri lavoratori.

L'Inail deve ammettere che in questi mesi i medici di famiglia hanno subito veri e propri infortuni sul lavoro a causa del contagio trasmesso dai loro pazienti. Le loro famiglie, per questo, hanno diritto ad essere indennizzate in caso di morte dei propri congiunti.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza deve destinare risorse vincolate, affinché si riconosca una copertura assicurativa ai medici di medicina generale e all'altre professioni mediche, ammettendo il pieno indennizzo in caso di decesso causato dal coronavirus. Si tratta di un riconoscimento di un diritto dovuto a chi ha sacrificato la propria vita a difesa della salute dei cittadini.

Il Piano deve prevedere, inoltre, misure per la riattivazione della medicina scolastica in tutto il Paese. Occorre ridare piena attuazione a quanto previsto all'articolo 14 della legge n.833 del 1978 che istituisce il servizio sanitario nazionale, prevedendo che le Aziende sanitarie locali provvedono, tra l'altro, all'igiene e alla medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado.

Per contrastare il coronavirus ed avviare una seria politica di prevenzione sanitaria non serve fare ricorso a soluzioni stravaganti, come quella di richiamare in servizio medici in pensione. Occorrono,

invece, diagnosi precoci e prevenzione sanitaria attiva per contrastare gli effetti nocivi della pandemia - I Servizi di Medicina Scolastica sono degli straordinari presidi sanitari perché direttamente operanti negli edifici scolastici e a stretto contatto con studenti, genitori e insegnanti. E' ora di attivarli subito!

Pina Onotri
Segretario Generale del Sindacato Medici Italiani

Emendamento alla legge di Bilancio 2020 - A.S. 1586 per l'adeguamento all'inflazione degli stipendi dei medici di medicina generale

Articolo 18 bis

(Risorse per la contrattazione collettiva dei Medici di Medicina Generale)

Dopo la lettera d) del comma 1 dell'articolo 8 "Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali" del DL 30 dicembre 1992, n. 502 aggiungere il comma:

"d-bis) Per i medici di medicina generale, al fine di assicurare il completo adeguamento dei compensi al tasso di inflazione rilevato dal 2009 al 2019, viene integrato il fondo destinato ai rinnovi contrattuali della medicina convenzionata con una dotazione di ulteriori 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2020 da destinare, nell'ambito delle intese Stato e Regioni, alla contrattazione collettiva nazionale per il triennio 2019-2021. Tale adeguamento sarà rivalutato annualmente sulla base del tasso di inflazione programmato rilevabile dai documenti del governo.

Agli oneri derivanti dall'attuazione dal presente comma, valutati in 200 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2019, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio".

Relazione

I medici di medicina generale in Italia sono circa 50 mila ed i loro stipendi da oltre 10 anni non sono adeguatamente rivalutati sulla base dell'inflazione registrata annualmente dall'ISTAT. Inoltre, gli stessi medici **di altri paesi membri dell'Unione Europea, in particolare i sanitari francesi e tedeschi godono di trattamenti salariali ben superiori al 30-40% dei salari dei medici italiani. Da diversi anni assistiamo ad un forte fenomeno di emigrazione di sanitari verso i paesi dell'Europa. La misura proposta può contribuire ad avvicinare i salari dei medici italiani a quelli dei colleghi europei ponendo un freno al fenomeno migratorio verso gli altri paesi Europei, rendendo più attraente la professione medica soprattutto per i giovani medici che saranno incentivati a restare in Italia, impedendo in questo modo l'implosione del SSN.** Il calcolo relativo all'integrazione del fondo prevede un incremento annuale dell'inflazione dell'1,5% che per 10 anni ammonta ad un totale del 15% di inflazione per l'intero periodo osservato (si vedano i dati ISTAT 10 anni). Al 15% occorre applicare un divisore pari al 50% in quanto il 7,5% è stato riconosciuto in questi anni. Quindi il 7,5% residuo di quota di inflazione da corrispondere calcolata su 40 euro annui lordi di quota capitaria ovvero circa 3 euro lordi si traduce in circa 200 milioni.

Di seguito le proposte emendative dello SMI alla Legge di Bilancio 2019

1 istituzione della scuola di specializzazione di medicina generale; 2 tempo pieno per i medici convenzionati 118 con il SSN; 3 varo della convenzione per i medici fiscali.

1) Specializzazione in medicina generale

Nell'ordinamento di Paesi europei (Gran Bretagna, Germania, Francia, Spagna, Olanda, Danimarca), la formazione dei medici dell'assistenza primaria avviene all'interno dell'università, sede istituzionalmente preposta alle attività di specializzazione medica post laurea. Il ministro della salute, di concerto con il ministro dell'istruzione, sentita la Conferenza Stato Regioni, istituisce con proprio decreto le scuole di specializzazione in «medicina generale»,

promuovendo un'omogeneizzazione degli attuali percorsi formativi regionali e riportando opportunamente nel contesto universitario tutte le attività di specializzazione medica post laurea.

Per superare la carenza di medici in medicina generale, si applica per i MMG, se convenzionati con il SSN, il tempo pieno, così come previsto per i medici con il rapporto di dipendenza. La norma riguarda sia i medici a quota oraria che a quota capitaria.

Relazione :

Da diverso tempo si riscontra nel nostro Paese la carenza di medici specialisti e generalisti. L'accesso alla facoltà di Medicina è a numero chiuso; quindi sottoposto ad una programmazione nazionale. Il numero di laureati supera, di molte migliaia di unità, il numero di quanti possono accedere ad una qualsiasi specializzazione.

L'iter formativo di medicina generale è oggi affidato alle regioni: prevede un esame di accesso a numero chiuso, che ha durata triennale ed è articolato attraverso differenti tirocini formativi specifici, con prova finale.

L'attuale approccio formativo delegato alle regioni è origine di disomogeneità nell'individuazione degli attori della formazione e della qualità degli stessi percorsi formativi.

2)Tempo pieno per i medici convenzionati 118 con il SSN

“Le Regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio per tali attività, al compimento del quinto anno d'incarico, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale, come previsto d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni. A tal fine è previsto il passaggio al rapporto di dipendenza di tutti i medici convenzionati a tempo indeterminato addetti all'emergenza territoriale, con la possibilità per gli stessi su base volontaria di essere ammessi a posti riservati alla scuola di specializzazione in medicina d'urgenza.

E' previsto il rapporto di dipendenza nella dotazione organica dell'emergenza-urgenza dei medici 118 attualmente operanti con convenzione a tempo determinato, dopo conseguimento specializzazione in medicina di emergenza urgenza”.

Relazione

Su tutto il territorio nazionale l'emergenza preospedaliera e' organizzata in modo differente, si rende necessario standardizzare il profilo giuridico e professionale del personale medico per integrare il sistema di emergenza preospedaliera con quella intraospedaliera al fine di innalzare ai livelli di qualità e di efficienza il sistema di emergenza in Italia. Il decreto 70/2015 ha comportato la chiusura dei piccoli presidi ospedalieri allontanando sempre di più l'ospedale dal cittadino, l'evolversi dei PTDA (percorsi terapeutico-diagnostico assistenziali) comporta che il medico di emergenza/urgenza preospedaliera lavori in simbiosi con quello del sistema ospedaliero di emergenza, per la salvaguardia della continuità della cura cui ha diritto il paziente. Lo specialista universalmente riconosciuto per la gestione dell'emergenza sia preospedaliera e sia intraospedaliera con competenze

altamente qualificate e' quello della medicina d'urgenza ,ma i primi specialisti sono stati prodotti solo dal 2014 e sono tutt'ora molto pochi in tutta Italia. Attualmente questi medici convenzionati dell'emergenza territoriale li troviamo impiegati non solo nei servizi dell'emergenza territoriale ma anche nei pronto soccorso: urge la necessità di valorizzare la loro professionalità acquisita nel corso degli anni e superare il precariato.

L'emendamento riapre la possibilità per le Regioni di inquadrare in ruolo i medici titolari d'incarico in regime convenzionale a tempo indeterminato e determinato, privilegiando il rapporto di dipendenza rispetto al rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale, con previsione di superamento dei rapporti convenzionali per favorire la piena integrazione del sistema territoriale con quello ospedaliero ed uniformare la tipologia dei rapporti di lavoro.

3) Medici Fiscali

Il ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il ministro per la pubblica amministrazione e il ministro della salute, con proprio decreto stipula la convenzione tra l'INPS e le organizzazioni sindacali di categoria comparativamente più rappresentative sul piano nazionale che disciplinano il rapporto tra l'INPS e i medici di medicina fiscale per lo svolgimento degli accertamenti medico-legali sui lavoratori dipendenti pubblici e privati assenti per malattia. Tenuto conto degli articoli 18 e 22 del decreto legislativo n. 75 del 2017, di attuazione della legge delega n. 124 del 2015 che ha istituito il polo unico per le visite fiscali.

Relazione :

I medici fiscali in attività in Italia sono circa 900. Una visita fiscale viene pagata dal 2008: a) in giorno feriale Euro 41,67; b) in giorno festivo Euro 52,82; c) per la visita di controllo domiciliare feriale non eseguita a causa di mancata reperibilità del lavoratore Euro 28,29; d) per la visita di controllo domiciliare festiva non eseguita a causa di mancata reperibilità del lavoratore Euro 39,61. Gli stipendi mensili sono relativi al numero di visite effettuate. C'è chi ne fa 80-90 al mese e chi ne fa 30-40. Questa differenza dipende dalle visite richieste dai datori di lavoro.

Di giungere alla stipula di una convenzione tra l'Inps e i medici fiscali tramite un Accordo Collettivo Nazionale che dia ai medici fiscali con un inquadramento lavorativo analogo a quello dei medici in convenzione con il SSN con contratto orario (es. medicina dei servizi, specialistica ambulatoriale, continuità assistenziale, emergenza territoriale).

Si tratta di garantire stabilità lavorativa ai medici fiscali, dopo 30 anni di precariato, riconoscendo , dignità e un inquadramento.

Oggetto: Le proposte del Sindacato Medici Italiani (SMI) per il riconoscimento delle tutele per i medici di medicina generale convenzionata e per la parità di genere nella professione medica.

PNRR e Parità di Genere

La centralità delle questioni relative al superamento delle disparità di genere viene ribadita anche nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per rilanciare lo sviluppo nazionale in seguito alla pandemia. Il Piano infatti, individua la Parità di genere come una delle tre priorità trasversali perseguite in tutte le missioni che compongono il Piano. L'intero Piano dovrà inoltre essere valutato in un'ottica di gender mainstreaming. Le principali iniziative intraprese per le scadenze successive al 2021 sono quelle previste nella missione M5C1 – Investimento 2. che introduce un sistema di certificazione della parità di genere (10 milioni di euro). Con decreto del Capo del Dipartimento per le pari opportunità, è stato istituito lo scorso ottobre un tavolo tecnico, con la partecipazione del Dipartimento per le pari opportunità e del Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri, del Ministero dello sviluppo economico, del Ministero dell'economia e delle finanze e della Consigliera di parità. Allo stato, il Tavolo tecnico si è riunito due volte il 23 novembre e il 1° dicembre 2021; inoltre, due sessioni tematiche si sono tenute il 2 e il 6 dicembre 2021.

Proposta SMI: Su iniziativa del Ministero della Salute, sentito il Ministero delle Pari Opportunità, proporre una o più sezioni tematiche per esaminare la condizione delle donne medico in medicina generale convenzionata e in medicina ospedaliera. I tavoli tematici hanno come scopo l'esame delle tutele in materia di gravidanza e maternità, per la fruizione dei permessi per malattia e per la verifica della parità nelle retribuzioni.

Segnaliamo, inoltre, che nell'ambito della Missione 5 del Piano, l'investimento 1.3 è dedicato alla attivazione di un Sistema nazionale di certificazione della parità di genere, con l'obiettivo di incentivare le imprese ad adottare policy adeguate a ridurre il divario di genere in tutte le aree che presentano maggiori criticità, come le opportunità di carriera, la parità salariale a parità di mansioni, le politiche di gestione delle differenze di genere e la tutela della maternità.

Proposta SMI Estendere il Sistema nazionale di certificazione della parità di genere al comparto della medicina generale convenzionata con la previsione della pubblicazione di un report annuale sul sito del Ministero della Salute.

La Strategia nazionale per la parità di genere del Governo.

Per contrastare le molteplici dimensioni della discriminazione verso le donne, che la pandemia ha contribuito ad evidenziare, nel PNRR il Governo ha annunciato l'adozione di una Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026 entro il primo semestre 2021. Si tratta di un documento programmatico che, in coerenza con la Strategia per la parità di genere 2020-2025 adottata dalla Commissione europea a marzo 2020, definisce un sistema di azioni politiche integrate nell'ambito delle quali sono adottate iniziative concrete, definite e misurabili. Attraverso questa strategia si propone di raggiungere entro il 2026 l'incremento di cinque punti nella classifica dell'Indice sull'uguaglianza di genere elaborato dall'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE), che attualmente vede l'Italia al 14esimo posto nella classifica dei Paesi UE.

Nella sesta edizione della Relazione al Parlamento sul bilancio di genere, che verrà presentata a dicembre 2022 oltre a potere menzionare, così come è stato fatto nella quinta edizione, gli interventi diretti alla riduzione dei divari di genere adottati nel 2021, con la legge di bilancio e con provvedimenti successivi che riguardano principalmente la conciliazione tra vita privata e lavorativa e il contrasto alla violenza di genere; la relazione anche questo anno farà un bilancio anche nel merito di diverse misure relative alla tutela del lavoro, previdenza e assistenza, la tutela e il sostegno della maternità, la partecipazione ai processi decisionali economici, politici e amministrativi, istruzione e interventi contro gli stereotipi di genere, salute, stile di vita e sicurezza e il mercato del lavoro.

Proposta SMI Prevedere un report specifico per i medici di medicina generale e i medici ospedalieri.

Infortunio sul lavoro in medicina generale e tutele in altri ambiti.

Secondo l'Istat, ad aprile 2022 i medici generici includendo i medici di medicina generale, i medici laureati in medicina che non hanno ancora conseguito una specializzazione ed i medici specializzati in medicina generale risultano essere 52 555. (http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PERS_SANIT)

Per questi professionisti tutt'ora non è previsto il riconoscimento dell'infortunio sul lavoro, come la pandemia da Covid 19 ha dimostrato.

Dal portale della Fnomceo ad aprile 2022 si evince che sono più di 370 i medici caduti nel corso dell'epidemia di Covid-19, circa la metà sono professionisti della medicina convenzionata (<https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-covid-19/>)

Proposta SMI: Rivendichiamo come per tutti gli altri lavoratori, il riconoscimento dell'infortunio sul lavoro.

Proposta SMI: Prevedere nella prossima Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza (DEF) che deve essere presentata alle Camere entro il 27 settembre di ogni anno una voce aggiornata, nell'ambito della spesa sanitaria del destinata alle tutele dei medici della medicina convenzionata. Per la legge di bilancio per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025 prevedere la spesa di euro 50.000 000 (cinquanta milioni) all'anno per le tutele dedicate ai medici di medicina generale convenzionata nell'ambito del rinnovo dei contratti e delle convenzioni del personale del SSN. Tale spesa è successivamente perfezionabile in sede di discussione contrattuale per la definizione dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2018 – 2020 per i medici di medicina generale non ancora discusso.

Le tutele a cui ci riferiamo sono: il riconoscimento dell'infortunio sul lavoro, il diritto alle ferie, alla maternità assistita, ai permessi per malattia, misure certe in materia di sostegno ad handicap e per le sostituzioni per poter fruire del riposo, nonché politiche continuative per le pari opportunità. In questa pandemia sono le donne medico che hanno pagato il prezzo più alto. Il diritto al lavoro si deve coniugare al diritto alla vita familiare e personale

Per il finanziamento di tali misure per l'anno 2022, qualora fosse concluso nel corso del 2022 l'ACN 2018 – 2020 per i medici di medicina generale, si provvede a valere sui Fondi di riserva e speciali, nell'ambito della missione Fondi da ripartire dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, stabiliti, per l'anno finanziario 2022, dal comma 6 dell'articolo 3 della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Nuovo Emendamento da presentare sull' odontoiatra

Modifiche alla legge 409/1985 Istituzione della professione sanitaria di odontoiatra e disposizioni relative al diritto di stabilimento ed alla libera prestazione di servizi da parte dei dentisti cittadini di Stati membri delle Comunità europee.

All'articolo 6 terzo rigo sopprimere la parola <degli> e aggiungere le altre < dei medici>; quarto rigo sopprimere la parola <degli> e aggiungere le altre < dei medici> dopo le parole < è aumentata rispettivamente di due membri iscritti> sopprime le parole <all'Albo degli odontoiatri> e aggiungere le altre <all'Albo dei medici odontoiatri>. Conseguentemente aggiungere in tutto l'articolo 6 la parola <medici> allineandola alla parola <odontoiatri>.

Articolo 9 prima della parola <odontoiatri> aggiungere la parola <medici>.

All'articolo 11 al secondo rigo dopo la parola <odontoiatri> aggiungere la parola <medici>. Al quarto rigo dopo la parola <odontoiatri> aggiungere la parola <medici>.

Articolo 11 quater

A punto 2 terzo rigo sopprimere la parola <degli> e aggiungere le altre <dei medici>.

Articolo 14 secondo capoverso dopo la parola <da> aggiungere l'altra <medici>.

Articolo 16 sopprimere la parola <gli> e aggiungere le altre <i medici>.

Articolo 18 sopprimere la parola <degli> e aggiungere le altre <i medici>.

Articolo 19 primo capoverso sopprimere la parola <degli> e aggiungere le altre <i medici>.

Articolo 20 primo capoverso sopprimere la parola <degli> e aggiungere le altre <i medici>. Punto 2 primo rigo sopprimere la parola <degli> e aggiungere le altre <i medici>. secondo rigo o sopprimere la parola <degli> e aggiungere le altre <i medici>.

Articolo 21 sopprimere la parola <degli> e aggiungere le altre <i medici>.

Articolo 22 primo capoverso sopprimere la parola <degli> e aggiungere le altre <i medici>.

Articolo 22 secondo capoverso terzo rigo dopo la parola <odontoiatri> aggiunge l'altra <medici>. Quarto rigo dopo la parola <odontoiatri> aggiunge l'altra <medici>.

Relazione

Sono passati ormai 39 anni dalla istituzione della professione di odontoiatra, disposta con la legge 24 luglio 1985, n. 409 ma nel corso di questi anni si sono riscontrati casi in cui la professione di medico odontoiatra è stata confusa con quella non medica dell'odontotecnico, con una grave danno per i medici odontoiatri.

La legge 24 luglio 1985, n. 409, che ha istituito la figura professionale di odontoiatra non ha chiarito il carattere medico della professione.

Il presente emendamento modifica la legge 24 luglio 1985, n. 409 prevedendo che la dizione di medico odontoiatra possa essere usata correttamente per chiarire il carattere medico della professione di odontoiatra, tenuto conto che nel 2018, in tal senso, il Ministero della Salute si espresse favorevolmente attraverso un parere della Direzione Generale delle professioni sanitarie.

Nuovo Emendamento- autocertificazione dei primi tre giorni di malattia e di televisita per la certificazione INPS

Dopo l'articolo Aggiungere il seguente:

Articolo bis (Disposizioni in materia di autocertificazione dei primi tre giorni di malattia e di televisita per la certificazione INPS)

Al decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76 all'articolo 30 bis (Misure di semplificazione in materia di autocertificazione) dopo il comma 1 aggiungere il seguente :

2. Al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, dopo l'articolo 44 bis è aggiunto il seguente:

Articolo 44 tris (Disposizioni in materia di autocertificazione dei primi tre giorni di malattia e di televisita per la certificazione INPS).

- a) È consentito ai cittadini italiani l'autocertificazione dei primi tre giorni di malattia in sostituzione delle tradizionali certificazioni richieste, mediante apposite dichiarazioni sottoscritte firmate che attestano la malattia.
- b) Il Ministro della Salute con proprio decreto, entro sei mesi dall'approvazione della presente legge, sentita la Conferenza Stato - Regioni, modifica le 'Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina'; alla fine del capitolo 'Opportunità e ambiti di applicazione della telemedicina' sono aggiunte le seguenti parole:
<Le visite per la certificazione INPS di malattia possono essere svolte dai medici, anche, con modalità di telemedicina>.

Le lettere a; b; a legislazione vigente non comportano ulteriori oneri per lo Stato.

Relazione

Il presente emendamento tiene conto della necessità di liberare dai carichi burocratici la medicina del territorio. Il medico di medicina generale deve poter dedicare il massimo del proprio tempo e delle proprie competenze alla cura delle persone, alla visita medica, al ragionamento clinico, alla diagnosi e alla terapia.

Il presente emendamento stabilisce che i cittadini italiani possono procedere all'autocertificazione dei primi tre giorni di malattia in sostituzione delle tradizionali certificazioni richieste, mediante apposite dichiarazioni sottoscritte firmate che attestano la malattia. Si prevede, inoltre, che le visite per la certificazione INPS di malattia possono essere svolte dai medici, anche, con modalità di telemedicina.

