

Ufficio Legislativo

Via Sambucuccio d'Alando, 9, 00162 Roma RM

Telefono: 06 4425 4168 Email: info@sindacatomedicitaliani.it

Emendamenti Dicembre 2025

Atto Senato n. 1689

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028

Emendamento

Dopo l'articolo 62 aggiungere il seguente:

Art. 62 -bis

Riconoscimento dell'infortunio sul lavoro e delle malattie professionali INAIL ai medici di medicina generale in regime di convenzione, ai medici dei servizi e ai pediatri di libera scelta

1. Al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 -*Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*- all'art. 4 comma 1 viene aggiunto il seguente paragrafo:

n.10) il medico di medicina generale in regime di convenzione, il medico dei servizi e il pediatra di libera scelta. Il costo della copertura INAIL per l'indennizzo dell'infortunio sul lavoro per i medici di medicina generale convenzionati, i medici dei servizi e per i pediatri di libera scelta è a carico dello Stato, ovvero con una compartecipazione dei medici e dei pediatri stessi, attraverso un apposito fondo istituito. Dal 30 marzo 2026, con decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e Ministero della Salute, sentito l'INAIL, tenendo conto dell'andamento infortunistico vengono stabilite le modalità di applicazione dell'assicurazione infortunistica e del suo indennizzo di cui al paragrafo n.10.

2. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a 10 milioni di euro annui, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni per i medesimi anni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio 2025, 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 2025.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Relazione illustrativa

La recente vicenda drammatica della pandemia da Covid-19 avrebbe dovuto insegnare a tutti, quanto sia urgente individuare gli strumenti per potenziare il sistema sanitario nazionale a fronte di nuove sfide del futuro, partendo da nuove tutele per i professionisti medici e tenendo conto che i familiari dei medici di medicina generale e morti per Covid-19 non sono stati risarciti. L'emendamento richiede, come per tutti i lavoratori anche per i medici di medicina generale in regime di convenzione, i medici dei servizi e per i pediatri di libera scelta, il riconoscimento dell'infortunio sul lavoro, nonché di malattia professionale introducendo Al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 -Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali L'infortunio sul lavoro si riferisce a eventi accidentali che causano danni fisici al lavoratore durante l'attività lavorativa. L' infortunio sul lavoro, sia classificato come causa violenta nel caso che i medici, nell'esercizio delle loro funzioni, contraggono una malattia, a seguito del contagio di un virus che produca la morte, l'inabilità permanente o l'inabilità assoluta temporanea per più di tre mesi.

Non esistono statistiche specifiche solo per gli infortuni i medici di medicina generale , che rientrano nel dato complessivo degli infortuni sul lavoro del personale sanitario. Nel 2023, gli infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL sono stati oltre 590.000, con 1.147 esiti mortali. Le denunce sono diminuite rispetto ai picchi del 2020 (circa 572.000) e del 2021 (564.000), ma i numeri rimangono preoccupanti. La stima di 10 milioni anni per la copertura del presente emendamento è prudenziale. Quando vi saranno dati statistici riferiti agli infortuni dei medici di medicina generale vi potrà essere una stima più precisa.

L'emendamento stabilisce altresì il riconoscimento delle malattie professionali legate all'esercizio della professione di medico di medicina a generale convenzionato, di medico dei servizi e del pediatra di libera scelta , quali patologie derivanti dall'esposizione a rischi biologici, da stress professionale e altre condizioni legate all'ambiente di lavoro, sono coperte dal sistema INAIL. Si rammenta che a seguito delle sentenze della Corte Costituzionale n. 179/88 e 206/88, sono comunque tutelate tutte le malattie, seppure non comprese in detta tabella, che abbiano un' origine professionale.

Atto Senato n. 1689

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028

Emendamento

Dopo l'articolo 85 Aggiungere il seguente:

Articolo 85 bis

(Disposizioni in materia di autocertificazione dei primi tre giorni di malattia e di tele visita 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 tele visita per la certificazione INPS).

a) 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:

<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 ne attestano la malattia>.

b) <Le visite per la certificazione INPS di malattia possono essere svolte dai medici, anche, con modalità di telemedicina>.

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

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.

Viene stabilito 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.

Atto Senato n. 1689

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028

Emendamento Ruolo Unico

Dopo articolo 93 aggiungere il seguente

93 bis (*Misure in materia di assistenza territoriale*)

Al decreto legge 13 settembre 2012 , n. 158 sostituire all'articolo 1 al comma 3 le parole < *è istituito il ruolo unico* > con le parole < il rapporto di lavoro è >

Relazione

L'emendamento abolisce il ruolo unico una modalità troppo rigida che mal si concilia con i tempi vita-lavoro e che allontana i giovani medici si avvicinino dalla professione, impedendo il ricambio generazionale nella professione. Per i medici di medicina generale il rapporto di lavoro sarà disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali.

Emendamento

Al decreto legge 13 settembre 2012 , n. 158 sostituire all'articolo 1 al comma 4 lettera h) espungere le parole < *l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico* >

Relazione

L'emendamento conseguentemente espunge quello il decreto legge 13 settembre 2012 , n. 158, prevede all'articolo 1 al comma 4 lettera h) per il ruolo unico per i medici di medicina generale.

Emendamento

Al decreto legge 13 settembre 2012 , n. 158 all'articolo 1 dopo il comma 8 aggiungere il seguente:

Comma 9. Alle donne medico di medicina generale in gravidanza e in maternità dal 30 marzo 2026 per la tutela della loro salute, con decreto del Ministro del Lavoro di

concerto con il Ministro della Salute sono assicurate le disposizioni previste dal Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151 Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità.

Relazione.

Si vuole assicurare alle donne medico di medicina generale in gravidanza e in maternità tutte le tutele in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità di cui attualmente non sono previste.

Emendamenti

L'articolo .. è sostituito con il seguente:

Articolo ..

Istituzione della scuola di specializzazione universitaria in medicina generale

(Modifiche all' articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368)

1a. All'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, il comma 1 è sostituito dal seguente:

b. Per esercitare l'attività di medico chirurgo di medicina generale e cure primarie nel contesto del Servizio sanitario nazionale è indispensabile il possesso del diploma di specializzazione in medicina generale, il cui corso è gestito dalle università con il concorso delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

c. L'ordinamento degli studi di cui al comma 1 è determinato da un decreto del Ministero dell'università e della ricerca e di concerto con il Ministero della Salute, previa intesa con la conferenza Stato- le regioni.

d. I diplomi già conseguiti o in corso di conseguimento se il corso è iniziato all'atto della data di entrata in vigore della presente legge continuano a essere titolo per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale.

2 Conseguentemente si modifica l'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368

a. All'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, i commi 1 e 2 sono sostituiti dai seguenti:

<1. In attuazione dell'articolo 6-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, entro il 31 dicembre di ciascun anno, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e previo coinvolgimento delle rappresentanze sindacali mediche titolari della rappresentatività, determina con uno o più decreti il fabbisogno stimato e ponderato dei corsi universitari di formazione di laurea specialistica, articolato per le diverse specializzazioni mediche sulla base delle scelte di programmazione sanitaria del Servizio sanitario nazionale e delle altre amministrazioni interessate; valutando il ricambio generazionale, ripartendolo per Regioni tenuto conto, inoltre, della presenza delle istituzioni universitarie sanitarie preposte degli altri enti del Servizio sanitario nazionale.

2. L'accesso ai corsi di specializzazione, compresa la formazione specialistica in medicina generale, a numero programmato, finalizzato all'entrata negli organici del Servizio sanitario nazionale e delle altre amministrazioni interessate, compresi quelle accreditate in regime di lavoro dipendente o convenzionato, oppure all'esercizio libero professionale privato, avviene con pubblico concorso, tramite una prova selettiva nazionale per titoli ed esami>.

3. Al comma 2 dell'articolo 26 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e s.m., la lettera d) è sostituita dalla seguente:

“d) un periodo di formazione in medicina generale, di dodici mesi, effettuata presso un medico di medicina generale convenzionato con il SSN, comprendente attività medica guidata ambulatoriale, domiciliare, nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nonché presso le case della comunità”, fatta salva la parte teorica strutturata nel corso di specializzazione istituito presso le facoltà universitarie.

2. Al fine di far fronte alla contingente carenza dei medici di medicina generale, nelle more di, della costituzione del corso di specializzazione universitaria di MMG, ai laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, sono assegnati gli incarichi convenzionali relativi agli ambiti territoriali vacanti, in via subordinata rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale in forza di altra disposizione. L'attività svolta dai medici in formazione nell'ambito degli incarichi di cui al presente comma è riconosciuta ai fini del conseguimento del diploma ed è svolta con la supervisione

di un tutor di medicina generale, in rapporto funzionale con la casa di comunità di riferimento. Le regioni, nel rispetto delle disposizioni comunitarie vigenti in materia di formazione specifica in medicina generale, assicurano il recupero delle attività formative necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti dall'ordinamento vigente. Ai predetti medici, fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, è corrisposto, oltre alla borsa di studio, il trattamento economico previsto dall'accordo collettivo nazionale di cui all'articolo 2. Con il medesimo accordo è definita la disciplina degli incarichi di cui al presente comma, fermo restando che agli stessi si applica il massimale di 1.000 scelte durante il periodo di frequenza del corso e che l'incarico a tempo indeterminato è conferito al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale.

Con l'istituzione dei corsi di specializzazione universitari, l'attività convenzionale sarà complementare alla quota oraria di lezioni teoriche e alla frequentazione dei reparti universitari/ospedalieri (come per gli specializzandi delle varie scuole che lavorano presso i reparti ospedalieri/universitari).

Relazione illustrativa

Lo scopo di queste proposte, con la modifica del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è quello di trasformare il corso di medicina generale in scuola di specializzazione universitaria come elemento imprescindibile per riqualificare la medicina del territorio, come d'altronde avviene da sempre in moltissimi stati europei ed extra europei. Senza un tempestivo e appropriato salto culturale che porti a una nuova formazione, la professione del medico di medicina generale sarà destinata prima all'inefficienza e poi all'estinzione. Serve una scuola di specializzazione universitaria che formi medici specialisti nelle cure primarie/assistenza sanitaria primaria. Un percorso specialistico che consenta di acquisire maggiori competenze, omogenee sul territorio nazionale, per affrontare le sfide del futuro. La costituzione di un settore scientifico disciplinare, consentirebbe a giovani medici di intraprendere ruoli universitari portando a sviluppare la ricerca sul territorio, elemento indispensabile per una qualità delle prestazioni e nel contempo di garantire l'attività sul territorio nel caso di carenza.

Emendamenti

Dopo l'articolo 1, aggiungere il seguente: **Medicina dei Servizi**

«Articolo 1-bis.

(Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Nuovo contratto orario per i medici di medicina generale all'interno delle Case di Comunità)

1. All'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il comma 1-bis è sostituito dal seguente:

«1-bis. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano i medici addetti alle attività di continuità assistenziale e di medicina dei servizi, anche per la copertura del debito orario nelle case di comunità. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Entro il 31 dicembre 2025 le Regioni individuano aree di attività della emergenza territoriale, della medicina dei servizi e della continuità assistenziale che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego ai sensi del ART. 8 comma 1 bis della 502/9 A questi fini, le aziende sanitarie sono tenute ad attribuire:

- a) ore vacanti ai medici già titolari d'incarico di medicina dei servizi e che ne facciano richiesta fino al raggiungimento di 38 settimanali;
- b) incarichi a tempo indeterminato nella medicina dei servizi ai medici convenzionati titolari di incarico che facciano domanda per transitare dal settore continuità assistenziale o di assistenza primaria al settore medicina dei servizi;
- c) incarichi a tempo indeterminato di medicina dei servizi ai medici incaricati temporaneamente con un'anzianità di servizio, anche non continuativa, di almeno 18 mesi nella medicina dei servizi».

Le ore di lavoro nelle Case di Comunità sono complementari al carico assistenziale di ciascun medico. Un'ora (come da disposto contrattuale) equivale a 40 pazienti. Un medico con 650 pazienti è compatibile con 24 h di attività oraria (continuità assistenziale , medicina dei servizi). Un medico con 1000 pazienti è compatibile con 12 h di attività. Un medico con 1200 pazienti con 6 h di attività.

L'attività oraria è svolta all'interno delle strutture aziendali , negli studi medici si svolge l'attività a quota capitaria e attività oraria equivalente . L'attività in quota oraria aziendale deve prevedere tutte le tutele previste per la medicina dei servizi è la specialistica ambulatoriale (ferie , malattia, 104, permessi per le maternità) anche esse branche dell'area convenzionata.

2. Le regioni e le aziende sanitarie, entro 6 mesi a decorrere dal 31 dicembre 2025, espletano le procedure di inquadramento, a domanda, nel ruolo sanitario, nel limite della dotazione risultante dal completamento delle procedure previste dal presente articolo, dei medici titolari di Continuità Assistenziale e Medicina dei Servizi che risultano titolari, alla data di entrata in vigore della presente disposizione, di un

incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 dicembre 1997, n. 502».

3. Il Ministro dell'Economia e Finanza unitamente al Ministro della Salute dopo tre mesi dall'approvazione della presente legge con proprio decreto determina la spesa di cui al comma 1 e 2 del presenta articolo e ne dispone il finanziamento.

Relazione illustrativa

La pandemia da Covid 19 ha dimostrato quanto sia importante la rete territoriale di medicina. Sono alcune migliaia i professionisti convenzionati nell'area della medicina generale integralmente e funzionalmente strutturati all'interno delle Aziende Sanitarie Locali, in servizi di grande impatto, sia sociali (Cad, Sert, Prevenzione e Vaccinazioni, Medicina Legale) sia impegnati in attività istituzionali come, ad esempio, le Direzioni dei distretti e le varie articolazioni operative aziendali.

La carenza di professionisti medici a seguito della gobba pensionistica, deve avere come ricaduta la giusta valorizzazione ed integrazione aziendale, di questo gruppo di professionisti, che non può essere penalizzato, così come lo è stato negli ultimi anni, da alcune improvvise modifiche apportate e in particolare nelle versioni di ACN del 2009 e a quelle successive.

Per questo si chiede di modificare la legge 502/92, che da quasi 30 anni ha relegato la medicina dei servizi a cenerentola del comparto dei convenzionati.

Sosteniamo la riapertura dell'area di medicina dei servizi territoriali e il superamento della 502/92, per la piena integrazione dei medici della medicina dei servizi nelle organizzazioni aziendali, consentendo il raggiungimento delle 38 ore per i titolari e la possibilità di attribuire incarichi a tempo indeterminato, che solo la riapertura dell'area potrà consentire, anche al fine di assolvere al debito orario nelle Case di Comunità.

Consideriamo, infine, il radicale cambiamento nella professione medica che negli anni scorsi era fondamentalmente maschile mentre oggi è prevalentemente femminile e quindi con esigenze diverse per i tempi di conciliazione tra vita e lavoro da un lato e dall'altro, con la necessità di garantire le tutele in tema di malattia, maternità e lavori di cura per le donne medico. Il Ministro dell'Economia e Finanza unitamente al Ministro della Salute dopo tre mesi dall'approvazione della presente legge con proprio decreto determina la spesa del presenta articolo e ne dispone il finanziamento.