

Disegno di legge n. 1825: Riorganizzazione e potenziamento assistenza sanitaria  
Audizione di Giuseppina Onotri, Segretario Generale SMI e Maurizio Lucarelli, della  
Direzione Nazionale SMI presso la 10<sup>a</sup> Commissione Permanente del Senato della  
Repubblica.

Onorevoli Senatori, desidero ringraziare, a nome del Sindacato Medici Italiani che mi  
onoro di rappresentare, la 10<sup>a</sup> Commissione Permanente del Senato e il suo Presidente  
per l'invito.

Avevamo espresso forti perplessità già a gennaio, al varo del provvedimento in  
Consiglio dei Ministri. L'attuale crisi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ci impone  
di proporre modifiche sostanziali al testo in esame. L'obiettivo è introdurre tutele reali  
per i professionisti e garantire realmente quanto stabilito articolo 32 della Costituzione.

-----

#### 1. Sistema Ospedaliero: Carenze Organiche e Revisione del D.M. 70/2015

Il DDL focalizza la riorganizzazione sulle strutture di eccellenza e sugli "ospedali di  
terzo livello" (Art. 2, comma 1, lett. b). Esprimiamo forte preoccupazione per questa  
impostazione:

\* **Emergenza Burnout:** La rete ospedaliera italiana soffre di una drammatica carenza di  
organico. I medici affrontano turni massacranti e la totale impossibilità di conciliare  
vita e lavoro.

\* **Il rischio di un SSN a due velocità:** Finanziare poli isolati di eccellenza rischia di  
creare un "circuitto protetto" solo d'immagine. Nel frattempo, gli ospedali di base e i  
pronto soccorso restano esposti a tagli e razionalizzazioni.

\* **Superamento del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi,  
strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera:** È indispensabile  
inserire nella delega la revisione strutturale del D.M. 70/2015. Vanno superati i rigidi  
vincoli numerici sulle dotazioni organiche e sui posti letto. Solo così si può rispondere  
ai reali fabbisogni di salute.

-----

## 2. Medicina Generale: Superamento del Ruolo Unico e Nuove Tutele

L'articolo 2, comma 1, lettera n) elude la crisi strutturale della medicina generale. Le assegnazioni delle zone carenti in medicina generale vanno deserte in tutta Italia perché la professione ha perso attrattività professionale ed economica. Il Ruolo Unico che si traduce in rigidità contrattuale, senza previsione di correttivi come part time (autolimitazioni scelte/ore) o straordinario (valorizzazione delle ore di lavoro oltre le 38 h settimanali) aggrava questa situazione.

Chiediamo l'abolizione del Ruolo Unico della Convenzione: Il Ruolo Unico di Assistenza Primaria (introdotto dal D.L. 158/2012) deve essere definitivamente abolito. Questa organizzazione del lavoro costringe i giovani medici a svolgere contemporaneamente l'attività di medico di famiglia e l'attività oraria. Ne ignora le specifiche competenze e distrugge la vita personale per sovraccarico di funzioni e ruoli.

Chiediamo il rispetto dei diritti sindacali elementari: L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) deve garantire tutele irrinunciabili: riconoscimento della maternità, dell'infortunio sul lavoro, della malattia e delle ferie.

-----

## 3. SMI chiede una svolta formativa e culturale con l'istituzione della Scuola di Specializzazione Universitaria.

La formazione della medicina generale va sottratta alla gestione frammentata dei corsi regionali affidati agli Ordini Provinciali o a Centri di Formazione.

\* Proponiamo l'istituzione della Scuola di Specializzazione Universitaria in Medicina Generale e Cure Primarie. L'attivazione di uno specifico Settore Scientifico-Disciplinare (SSD) consentirà l'accesso a ruoli universitari, lo sviluppo della ricerca sul territorio e l'erogazione di borse di studio paritarie.

È altresì necessaria una clausola di equipollenza (modello ex D.P.R. 484/1997), per tutelare i professionisti in servizio e sanare la carenza medica, la delega deve prevedere un meccanismo di equipollenza diretta tra l'attuale Corso di Formazione Specifica (CFSMG) e la nuova specializzazione universitaria. Richiamiamo il principio meritocratico del D.P.R. n. 484/1997: l'esperienza assistenziale di almeno 5 anni sul campo deve garantire il riconoscimento automatico del titolo di specialista.

-----

4. SMI chiede la riapertura della Medicina dei Servizi (con un emendamento al D.lgs. 502/1992)

L'integrazione ospedale-territorio richiede modelli di impiego flessibili.

\* Superamento del Ruolo ad esaurimento: L'articolo 8, comma 1-bis del D.lgs. 502/1992 ha confinato la "medicina dei servizi" a un ruolo ad esaurimento. Chiediamo di riformulare la norma per una flessibilità strutturale:

Bisogna riaprire la facoltà per i medici convenzionati (medicina dei servizi e specialistica ambulatoriale) di operare stabilmente all'interno delle strutture ospedaliere e distrettuali. Questo permetterà di coprire i turni scoperti e abbattere le liste d'attesa senza il vincolo della dipendenza, ma con le tutele della dipendenza

-----

5. Analisi dell'articolo 3 del provvedimento: Sostenibilità Economica e Finanziaria

L'articolo 3 del disegno di legge impone il vincolo dell'invarianza finanziaria e l'obbligo di neutralità della spesa (commi 2 e 3). Lo SMI evidenzia che le proposte presentate rispettano pienamente i saldi di finanza pubblica:

a. La Convenzione come risparmio: Riaprire la medicina dei servizi e utilizzare il personale convenzionato nelle strutture aziendali abbatta drasticamente il ricorso ai contratti esterni e ai "medici gettonisti". Questi ultimi generano un costo orario triplo per le casse delle ASL rispetto al personale in convenzione.

b. Abbattimento dei costi passivi: Ridurre il burnout del personale medico attraverso assunzioni stabili e il superamento della Legge Balduzzi azzerare le spese passive legate al contenzioso medico-legale. Riduce inoltre la mobilità passiva extra-regionale (Art. 2, lett. d).

c. Invarianza organizzativa universitaria: Il passaggio alla Scuola di Specializzazione in Medicina Generale non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato. Le risorse già stanziare per i contratti regionali del CFSGM devono essere semplicemente trasferite e integrate nel fondo per le borse di studio universitarie.

-----

Conclusioni

Riformare il SSN a costo zero per le retribuzioni è una scelta politica che decreterà la fine della sanità pubblica. Chiediamo alla politica di ascoltare chi lavora sul territorio

e nei reparti. Salari europei, tutele per le donne medico e attrattività per i giovani sono le uniche misure per evitare che milioni di italiani rimangano senza medico di famiglia e senza ospedali pubblici.

Questo documento è corredato da un allegato tecnico con le proposte emendative del Sindacato Medici Italiani

-----

Allegato Tecnico: Proposte Emendative al DDL n. 1825

Si richiedono le seguenti modifiche formali al testo dei criteri direttivi della delega:  
Modifica all'Art. 2, comma 1, lettera a)

1.Emendamento:

Si aggiunga alla fine del periodo: «, definendo i nuovi modelli organizzativi di carriera previa abolizione del ruolo unico della dirigenza sanitaria per il personale dipendente, superamento del ruolo unico di assistenza primaria per il personale convenzionato, e contestuale revisione dei vincoli strutturali di spesa previsti dal D.M. 70/2015;»

2. Emendamento:

Modifica all'Art. 2, comma 1, lettera n)

Si sostituisca la lettera n) con la seguente: «n) ordinare la disciplina dei medici di medicina generale, prevedendo il definitivo superamento del Ruolo Unico di assistenza primaria a rapporto convenzionale introdotto dalla legge 8 novembre 2012, n. 189; istituire la Scuola di Specializzazione Universitaria in Medicina Generale e delle Cure Primarie, disponendo la parità di status giuridico ed economico dei contratti di formazione. Al fine di contrastare la carenza di personale e salvaguardare i professionisti in servizio, si prevede una clausola di equipollenza automatica per i possessori del Diploma di Formazione Specifica (CFSMG) e un regime transitorio che riconosca il titolo di specialista ai medici convenzionati che abbiano maturato almeno 5 anni di attività assistenziale continuativa nelle cure primarie, in analogia ai criteri stabiliti dal D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484;» .

3. Emendamento:

Inserimento della lettera o) all'Art. 2, comma 1

Dopo la lettera n), si inserisca la seguente: «o) revisionare la disciplina del rapporto d'impiego del personale sanitario di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, disponendo il superamento dei ruoli ad esaurimento per il personale a rapporto convenzionale; regolamentare stabilmente la facoltà per i medici

convenzionati della medicina dei servizi e della specialistica ambulatoriale di prestare la propria attività all'interno dei presidi ospedalieri e dei distretti, al fine di ottimizzare le risorse umane disponibili e contenere le liste d'attesa, in conformità ai vincoli di neutralità finanziaria di cui all'articolo 3.»