

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^a Commissione Permanente del Senato
della Repubblica.

Onorevoli Senatori, desidero ringraziare, a nome del Sindacato Medici Italiani che mi onoro di rappresentare, la 10^a Commissione Permanente del Senato e il suo Presidente per l'invito. Avevamo espresso forti perplessità già a gennaio, al varo del presente 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 per i seguenti motivi :

* **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.

* **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.

In considerazione di quanto su esposto :

Riteniamo indispensabile il superamento del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Bisogna 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 rigida organizzazione, che determina un lavoro non più ordinario ma usurante, 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) per i medici di medicina generale deve garantire tutele irrinunciabili: riconoscimento della maternità, dell'infortunio sul lavoro, della malattia e delle ferie, del tempo di conciliazione vita /lavoro.

3. Il Sindacato Medici Italiani chiede una svolta formativa e culturale con l'istituzione della Scuola di Specializzazione Universitaria in medicina generale come nel resto d'Europa.

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

Per tale ragione il Sindacato Medici Italiani chiede la riapertura dell'area della Medicina dei Servizi (con un emendamento al D.lgs. 502/1992). Infatti 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 e contrattuale al fine di prevedere la facoltà per i medici convenzionati (medicina dei servizi e specialistica ambulatoriale) di operare stabilmente all'interno delle strutture aziendali e distrettuali e nelle Case di Comunità. 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 e Case di Comunità abbatte

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 azzera 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

Chiediamo alla politica di ascoltare chi lavora nel territorio e nei reparti. Salari europei, o comunque in linea con essi, per tutti i medici per garantire attrattività per i giovani medici, abbinando tutele per le donne medico. Riformare il SSN costo zero è una scelta politica che decreterà la fine della sanità pubblica e dell'assistenza universalistica, grande vanto del sistema sanitario italiano. Questo documento è corredato da un allegato tecnico con le proposte emendative del Sindacato Medici Italiani.

Grazie dell'ascolto.

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 aziendali 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.»