

Senato della Repubblica
XIX Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 811

Disposizioni concernenti l'assistenza sanitaria primaria e di prossimità

28/04/2024 - 05:32

Indice

1. DDL S. 811 - XIX Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	3
1.2.1. Testo DDL 811	4

1. DDL S. 811 - XIX Leg.

1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 811

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XIX LEGISLATURA

N. 811

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **CASTELLONE**, **PIRRO**, **MAZZELLA** e **GUIDOLIN**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 20 LUGLIO 2023

Disposizioni concernenti l'assistenza sanitaria primaria e di prossimità

Onorevoli Senatori. - Il presente disegno di legge mira ad aumentare il numero di medici, secondo competenza, che possono esercitare la medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN), nonché a risolvere un *vulnus* normativo che impedisce agli specialisti in medicina di comunità e cure primarie di poter esercitare la medicina generale. Il disegno di legge rende quindi applicativo ciò che è previsto dal decreto del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, 4 febbraio 2015, n. 68. L'articolo 1 pone le basi per l'istituzione di unico percorso formativo per i medici delle cure primarie rappresentato dalla scuola di specializzazione in medicina generale, di comunità e delle cure primarie.

L'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, prevede che « Per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale è necessario il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale fermo restando la validità degli attestati già rilasciati ai sensi del decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione 10 ottobre 1988, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, serie generale n. 267 del 14 novembre 1988 e del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256 ».

L'articolo 2 prevede che i medici in possesso del diploma di formazione specifica di medicina generale di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, che operano in rapporto di convenzionamento col SSN, possono concorrere, nell'ambito del concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria anche sui posti riservati al personale del SSN, nell'ambito della tipologia di scuola in medicina di comunità e delle cure primarie.

Questo permetterebbe agli attuali medici di medicina generale di acquisire il titolo specialistico in medicina di comunità e delle cure primarie e sviluppare le *skills* in cure palliative e organizzazione dei servizi sanitari di base indispensabili nella nuova medicina territoriale.

L'articolo 23 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, stabilisce che i cittadini di uno Stato membro in possesso di diplomi, se riconosciuti, utilizzano in Italia il corrispondente titolo professionale e la relativa abbreviazione in lingua italiana. L'articolo 3 permette di estendere il numero di medici in grado di esercitare la medicina generale così come indicato dalla normativa europea in maniera da contrastare la mancanza di personale sanitario nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria. Questo provvedimento consentirebbe inoltre di recepire in maniera completa la direttiva europea n. 2005/36/CE, del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005.

L'articolo 4 mira a istituire il settore scientifico disciplinare per la medicina generale, di comunità e delle cure primarie. L'intento è quello di creare la futura classe dirigente universitaria nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria, oggi totalmente assente in ambito universitario nonché di creare e strutturare un filone di ricerca e una classe di ricercatori per le cure primarie sempre più fondamentale nei sistemi sanitari.

L'articolo 5 mira a rendere strutturale all'interno del corso pre-laurea l'insegnamento delle cure primarie. Fatta eccezione per alcune università, l'attuale sistema di insegnamento nelle scuole di

medicina e delle professioni sanitarie è infatti deficitario della visione della medicina territoriale, con il risultato che i professionisti sanitari hanno prevalentemente una visione ospedalocentrica. Ciò ha delle ripercussioni sia in termini di scelte professionali sia in termini di qualità delle cure erogate. Questo provvedimento ha dunque l'obiettivo di riequilibrare la formazione universitaria verso una maggiore attenzione della medicina territoriale.

La pandemia da Sars-CoV-2 ha richiamato la necessità di una compiuta integrazione nel sistema delle cure primarie dei suoi attori. Non può ulteriormente posporre l'attribuzione del carattere di organicità dei medici delle cure primarie rispetto all'organizzazione distrettuale, al fine di garantire tempestività, efficienza ed efficacia alla realizzazione delle politiche sanitarie territoriali.

Pertanto, l'articolo 6 prevede che le regioni nell'ambito delle attività di programmazione, sulla base dei fabbisogni individuati e nel rispetto dei limiti di spesa, possano introdurre il rapporto di dipendenza dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali, che potranno accedere al ruolo sanitario mediante concorso pubblico. È prevista la possibilità di transizione al rapporto di dipendenza ai medici attualmente operanti in rapporto di convenzione con il SSN.

I cittadini fruiranno di benefici diretti e indiretti da questa nuova configurazione, potendo contare su un apparato distrettuale connotato da un maggiore coordinamento ed una maggiore efficacia organizzativa nel perseguimento degli obiettivi di salute, senza rinunciare ai propri diritti, quali quello di scelta e revoca del medico curante.

DISEGNO DI LEGGE

Capo I

FORMAZIONE

Art. 1.

(Estensione dell'esercizio della medicina generale ai medici in possesso del diploma di specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie)

1. In relazione alle finalità del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) miranti allo sviluppo delle reti di prossimità per l'assistenza sanitaria territoriale, con particolare riferimento all'assistenza primaria, nonché al fine di garantire un'adeguata risposta ai crescenti bisogni di salute della popolazione, anche in ragione di quanto emerso nell'emergenza pandemica, l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN) è consentito, oltre che ai medici in possesso del diploma regionale di formazione specifica, anche ai medici in possesso del diploma di specializzazione in medicina di comunità, di cui al decreto del Ministro dell'istruzione dell'università e della ricerca 1° agosto 2005, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 285 del 5 novembre 2005, e del diploma di specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie di cui al decreto del Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca e del Ministro della salute 4 febbraio 2015, n. 68.

Art. 2.

(Disposizioni concernenti l'accesso in sovrannumero alla scuola di specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie su posti riservati al personale del SSN)

1. I medici in possesso del diploma di formazione specifica di medicina generale di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, che operano in rapporto di convenzionamento col SSN, possono concorrere, nell'ambito del concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria di cui all'articolo 34 e seguenti del citato decreto legislativo, anche sui posti riservati al personale del SSN, ai sensi dell'articolo 35, comma 5, del medesimo decreto legislativo, nell'ambito della tipologia di scuola in medicina di comunità e delle cure primarie. A seguito del superamento della selezione di cui al precedente periodo, i suddetti medici, laddove si iscrivano presso una scuola di specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie, sono ammessi dalle università ad uno degli anni di corso successivi al primo, sulla base del riconoscimento da parte dell'università medesima delle conoscenze e delle competenze acquisite durante la pregressa formazione professionale specifica in medicina generale, fino ad un massimo di 120 crediti formativi universitari.

Art. 3.

(Riconoscimento della formazione complementare per l'esercizio della medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale)

1. All'articolo 23 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

« 1-bis. Il titolo di cui all'articolo 21, comma 1, può essere rilasciato anche a un medico che ha completato una formazione complementare nell'ambito delle cure primarie sancita da un titolo di formazione rilasciato dalle autorità competenti, ivi comprese le università di uno Stato membro dell'Unione europea. Il percorso formativo complementare deve rispettare i seguenti requisiti minimi secondo quanto previsto dall'articolo 28, comma 5, della direttiva n. 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005:

- a) frequenza certificata di almeno sei mesi di un ambulatorio di medico di medicina generale ovvero presso ogni altra struttura in cui si dispensano cure primarie;
- b) comprovata acquisizione di conoscenze e competenze di livello qualitativamente non inferiore a quelle erogate attraverso i corsi regionali per la formazione specifica in medicina generale ».

2. Ai fini di cui all'articolo 23, comma 1-bis, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, come introdotto dal comma 1 del presente articolo, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione e del merito, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità per le valutazioni della formazione complementare e dell'esperienza professionale acquisita dal richiedente in sostituzione, anche parziale, della formazione di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, secondo quanto stabilito dall'articolo 28, comma 5, terzo capoverso, della citata direttiva n. 2005/36/CE.

Capo II

RICERCA E UNIVERSITÀ

Art. 4.

(Istituzione del settore scientifico disciplinare in cure primarie)

1. Con decreto del Ministro dell'università e ricerca, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è istituito il settore scientifico disciplinare di riferimento per la medicina generale, di comunità e cure primarie. Nelle more di una riforma complessiva della formazione in medicina generale, le università conferiscono la docenza a contratto ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in medicina di comunità e cure primarie in possesso dei requisiti richiesti per la docenza nella scuola di specializzazione in medicina di comunità e cure primarie.

Art. 5.

(Inserimento delle cure primarie nei corsi di formazione)

1. All'articolo 18 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) alla lettera a), le parole da: « conoscenze delle scienze » fino a: « comprensione » sono sostituite dalle seguenti: « conoscenze delle scienze biomediche sulle quali si fonda l'arte medica, delle scienze umane e sociali, nonché la comprensione »;

2) la lettera c) è sostituita dalla seguente:

« c) adeguate conoscenze dei problemi e delle metodologie atte a sviluppare una concezione coerente della natura delle malattie mentali e fisiche, della promozione della salute e del benessere psicofisico, della prevenzione, della diagnosi, della terapia, della riproduzione umana, nonché dell'organizzazione sanitaria »;

3) la lettera d) è sostituita dalla seguente:

« *d*) adeguata esperienza clinica e assistenziale acquisita sotto la supervisione delle università e sotto opportuno controllo del personale del SSN, organizzata nell'ambito di reti formative integrate, individuate dalle università, d'intesa con le regioni e con le province autonome di riferimento, in conformità a *standard*, requisiti e livelli di *performance* stabiliti con decreto adottato dal Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute »;

4) dopo la lettera *d*) sono aggiunte, in fine, le seguenti:

« *d-bis*) adeguate competenze professionali, ovvero il raggiungimento di obiettivi formativi teorici, pratici e attitudinali, che consentano di soddisfare adeguatamente i bisogni di salute della popolazione;

d-ter) adeguate conoscenze teoriche, scientifiche e professionali nei campi della diagnosi, della cura e della riabilitazione delle malattie acute e croniche con particolare riferimento al contesto delle cure primarie e di prossimità »;

b) al comma 2, le parole da: « teoriche » fino a: « di una università » sono sostituite dalle seguenti: « teorico, impartite in una università, e di insegnamento pratico, attestate da un medico tutore, espletate nelle reti formative di cui all'articolo 20, comma 1, lettera *d*), sotto il coordinamento dell'università di riferimento »;

c) il comma *2-bis* è abrogato.

Capo III

RUOLI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Art. 6.

(Disposizioni concernenti la disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali)

1. All'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, dopo le parole: « Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta » sono inserite le seguenti: « , non costituito in forma di rapporto pubblico d'impiego ai sensi del comma *1-ter*, »;

b) al comma 1, lettera *h*), le parole: « medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale » sono sostituite dalle seguenti: « medico di medicina generale in rapporto di convenzione con il Servizio sanitario nazionale »;

c) al comma 1, lettera *h-bis*), le parole: « pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale » sono sostituite dalle seguenti: « pediatra di libera scelta in rapporto di convenzione con il Servizio sanitario nazionale »;

d) al comma 1, lettera *h-ter*), le parole: « specialista ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale » sono sostituite dalle seguenti: « specialista ambulatoriale in rapporto di convenzione con il Servizio sanitario nazionale »;

e) dopo il comma *1-bis* sono inseriti i seguenti:

« *1-ter*. Le aziende sanitarie locali, in conformità al disposto dell'articolo 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, possono procedere all'assunzione dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali attraverso concorso pubblico regionale. Il requisito della specializzazione è a tal fine ottemperato per i medici di medicina generale dall'attestato o dal diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, ovvero di titolo equipollente, ai sensi dell'articolo 30 del medesimo decreto. I vincitori sono inquadrati nel ruolo sanitario secondo le disposizioni di cui all'articolo 15, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale. Il numero di posti disponibili è determinato annualmente dalle regioni, acquisita la quantificazione dei fabbisogni dalle aziende sanitarie locali, in conformità al rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali di cui alle lettere *h*), *h-bis*) e *h-ter*) e dei contratti collettivi, il quale deve essere soddisfatto complessivamente dai medici convenzionati e dipendenti. I contratti collettivi disciplinano i principi, i sistemi incentivanti e le forme organizzative applicabili ai medici dipendenti in conformità, per quanto

compatibili con il rapporto di dipendenza, alle previsioni di cui al comma 1. Si applicano anche ai medici dipendenti le disposizioni in materia di libertà di scelta e di revoca del medico, ai sensi delle lettere *a)* e *b)* del comma 1.

1-quater. I medici in rapporto di convenzione alla data di entrata in vigore della presente disposizione, già titolari del rapporto da almeno cinque anni ovvero alla data di maturazione del quinto anno di attività convenzionata, possono presentare istanza di inquadramento nel ruolo sanitario ai sensi del comma *1-ter*, secondo procedure definite dalle regioni, nel rispetto dei vincoli di spesa pubblica ».

2. All'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 2:

1) al primo periodo, le parole: « attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale » sono sostituite dalle seguenti: « attraverso personale in rapporto di dipendenza o di convenzione con il Servizio sanitario nazionale »;

2) al secondo periodo, le parole: « sulla base della convenzione nazionale » sono sostituite dalle seguenti: « sulla base degli accordi collettivi »;

b) al comma 3, al secondo periodo, dopo le parole: « Per i medici di medicina generale » è inserita la seguente: « convenzionati » e dopo le parole: « convenzione nazionale » sono aggiunte le seguenti: « o dal contratto collettivo nazionale per la dirigenza medica, ».

3. Le leggi, i piani, gli accordi, ogni norma e atto regolamentare, comunque denominati, disciplinanti l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali in regime di convenzione si applicano, per le parti compatibili col rapporto di dipendenza, ai medici assunti ai sensi dell'articolo *8-ter* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

--- Il presente fascicolo raccoglie i testi di tutti gli atti parlamentari relativi all'iter in Senato di un disegno di legge. Esso e' ottenuto automaticamente a partire dai contenuti pubblicati dai competenti uffici sulla banca dati Progetti di legge sul sito Internet del Senato (<https://www.senato.it>) e contiene le sole informazioni disponibili alla data di composizione riportata in copertina. In particolare, sono contenute nel fascicolo informazioni riepilogative sull'iter del ddl, i testi stampati del progetto di legge (testo iniziale, eventuale relazione o testo-A, testo approvato), e i resoconti sommari di Commissione e stenografici di Assemblea in cui il disegno di legge e' stato trattato, sia nelle sedi di discussione di merito sia in eventuali dibattiti connessi (ad esempio sul calendario dei lavori). Tali resoconti sono riportati in forma integrale, e possono quindi comprendere contenuti ulteriori rispetto all'iter del disegno di legge.