



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori CRISANTI, PARRINI, MANCA, ROJC, DE CRISTOFARO, GELMINI, LOMBARDO, SPAGNOLLI e Aurora FLORIDIA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 26 SETTEMBRE 2023

Istituzione del corso di specializzazione universitario *post* laurea in medicina generale e di prossimità

ONOREVOLI SENATORI. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e il regolamento di cui al decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77, recante modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, identificano e mobilitano le risorse (investimenti strutturali) per realizzare una rete di presidi a supporto del Servizio sanitario nazionale, le cosiddette case della comunità, con l'obiettivo di assicurare una risposta efficiente e tempestiva alle esigenze di medicina di base e sanità pubblica dei cittadini e delle cittadine.

Entro la fine del 2026 dovrebbero essere realizzate almeno 1.350 case della comunità, equamente distribuite sul territorio italiano, nel numero di una ogni 40.000-50.000 abitanti. Saranno strutture rinnovate e tecnologicamente attrezzate, dotate di un unico punto di accesso ai servizi sanitari, attraverso un database medico per ciascun paziente e un registro elettronico sanitario.

Per la loro realizzazione il PNRR ha destinato 2 miliardi di euro. Un investimento che ha l'obiettivo di garantire l'assistenza sanitaria di prossimità ai cittadini, riducendo al contempo il numero delle ospedalizzazioni. Le cure sanitarie sul territorio saranno organizzate in modo da rispondere più efficientemente e rapidamente ai bisogni della popolazione, assicurando al paziente una sanità di qualità e di prossimità.

Le case della comunità, così concepite, costituiranno un filtro tra i cittadini e i presidi di secondo (ospedali « *spoke* ») e terzo livello (ospedali « *hub* »), in modo da ridurre drasticamente il ricorso a visite e diagnosi specialistiche con l'effetto di ridurre le liste di attesa e il ricorso alle pre-

stazioni dei reparti di pronto soccorso nazionali, attualmente sottodimensionati rispetto alle reali necessità e, dunque, perennemente in sovraccarico. Le case della comunità adotteranno un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare al paziente, facendo leva sulla esperienza multidisciplinare del personale medico afferente.

Il modello organizzativo e culturale di questi presidi di medicina di base è antitetico a quello del medico di famiglia che lavora singolarmente, in una struttura senza capacità diagnostica e con limitato supporto amministrativo e logistico. Al contrario le case della comunità sono progettate per essere il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con i cittadini e le cittadine per risolvere problematiche che non richiedono l'intervento diretto dei presidi di 2° e 3° livello o il ricovero in medicina di urgenza. La funzionalità delle case di comunità così concepite può essere assicurata solamente dotandole di una *équipe* di medici di medicina generale con competenze verticali in altri settori fondamentali come pediatria, cardiologia, endocrinologia, geriatria e ginecologia, oltre a infermieri e altri professionisti della salute quali, ad esempio, psicologi, professionisti della riabilitazione e assistenti sociali.

I tempi di realizzazione previsti dal PNRR attualmente non coincidono con la formazione di personale medico in grado di far funzionare le case della comunità sia in termini numerici sia qualitativi. I medici di base, per competenza e vocazione, sono la figura professionale più indicata per lavorare in queste strutture. Tuttavia in Italia c'è una grave carenza di medici di base e la loro

formazione non è in linea con la funzionalità delle case della comunità.

I medici di base in Italia non hanno una formazione specialistica e interdisciplinare; sono abituati, da decenni ormai, a lavorare da soli, oberati da un carico crescente di lavoro amministrativo, con limitato accesso a occasioni di formazione specialistiche. Il loro contributo al funzionamento delle case della comunità sarebbe quindi limitato.

IL PNRR permetterà di realizzare l'infrastruttura delle case della comunità. Alla politica spetta, come dovere nei confronti dei cittadini e cittadine, di popolarle con personale medico e infermieristico adatto agli obiettivi di medicina generale e sanità pubblica.

Il presente disegno di legge ha l'obiettivo di costruire una nuova figura professionale in grado di garantire il funzionamento delle case della comunità che combini le competenze di medicina generale con conoscenze specialistiche. Per realizzare questo obiettivo si prevede l'istituzione di un nuovo corso di specializzazione in medicina generale e di prossimità che si aggiunge alle specializzazioni sanitarie *post* laurea di livello universitario.

Tale corso di specializzazione, gestito dalle università con il contributo dei presidi ospedalieri regionali, durerà quattro anni e sarà così organizzato: i primi tre di medicina generale e l'ultimo di una medicina specialistica a scelta fra quelle ritenute fondamentali al funzionamento nelle case della comunità incluse cardiologia, endocrinologia, geriatria, psichiatria pediatria, sanità pubblica e ginecologia.

Questa nuova specializzazione si affianca ai corsi regionali di formazione in medicina generale che non saranno soppressi. Tuttavia solo gli specializzati in medicina generale e di prossimità svolgeranno in via prioritaria la propria professione presso le case della comunità. In via transitoria i medici di medicina generale possono ottenere il diploma di specializzazione in medicina generale e di prossimità frequentando un corso di specializzazione universitario in una delle seguenti discipline: cardiologia, endocrinologia, geriatria, psichiatria, pediatria, sanità pubblica e ginecologia.

Il rapporto di lavoro dei medici delle case della comunità sarà regolato dalle norme del contratto nazionale di lavoro della dirigenza medica veterinaria e sanitaria.

Considerato che, come detto in premessa, entro il 2026 dovremo realizzare queste strutture impiegando i fondi europei del PNRR dedicati, è necessario predisporre quanto prima un percorso di formazione specifica per tali professionalità, nonché prevedere un periodo di avviamento e di adattamento per le prime generazioni di nuovi specializzandi.

Questo disegno di legge ha dunque l'obiettivo di costruire un percorso propedeutico all'effettiva messa in funzione di questo fondamentale presidio di sanità pubblica, le case della comunità, in assenza delle quali, l'investimento del PNRR avrebbe un impatto molto inferiore alle aspettative e rischierebbe di essere un'occasione sprecata con la realizzazione di strutture svuotate di professionalità e prive di efficacia, mancando così uno degli obiettivi principali del PNRR in materia di salute.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Istituzione del corso di specializzazione in medicina generale e di prossimità)

1. È istituito il corso di specializzazione in medicina generale e di prossimità.

2. Al titolo IV del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, dopo il capo I è inserito il seguente:

« CAPO I-bis

FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE E DI PROSSIMITÀ

Art. 32-bis. - 1. Per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale e di prossimità nell'ambito del Servizio sanitario nazionale è necessario il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale e di prossimità.

Art. 32-ter. - 1. Il diploma di cui all'articolo 32-bis si consegue a seguito di un corso di formazione specifica in medicina generale e di prossimità, riservato ai laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, della durata di quattro anni, di cui tre in medicina generale e uno in una delle seguenti specializzazioni mediche: cardiologia, endocrinologia, geriatria, psichiatria, pediatria, igiene e medicina preventiva, ostetricia, ginecologia e urologia.

2. Il corso di cui al comma 1 comporta un impegno dei partecipanti a tempo pieno con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche, da svolgersi sotto il controllo delle università con il contributo dei presidi ospedalieri regionali. Il corso si conclude con il rilascio di un diploma di formazione in medicina generale e

di prossimità da parte delle università, conforme al modello predisposto con decreto del Ministro della salute.

3. La formazione a tempo pieno implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le guardie, in modo che il medico in formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno.

4. Il medico iscritto al corso di cui al comma 1, ove sussista un rapporto di pubblico impiego, è collocato, compatibilmente con le esigenze di servizio, in posizione di aspettativa senza assegni secondo le disposizioni legislative contrattuali vigenti. Il periodo di aspettativa è utile ai fini della progressione di carriera e del trattamento di quiescenza e di previdenza.

5. Gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per servizio militare, gravidanza e malattia, sospendono il periodo di formazione, fermo restando che l'intera sua durata non è ridotta a causa delle suddette sospensioni. Restano ferme le disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204.

6. Non determinano interruzione della formazione, e non devono essere recuperate, le assenze per motivi personali, preventivamente autorizzate salvo causa di forza maggiore, che non superino trenta giorni complessivi nell'anno di formazione e non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi. In tali casi non vi è sospensione della borsa di studio.

Art. 32-*quater*. - 1. Il Ministro dell'università e della ricerca, entro il 31 ottobre di ogni anno, determina il contingente numerico da ammettere annualmente ai corsi, da concordare con il Ministro della salute, nell'ambito delle risorse disponibili, fino al

raggiungimento, entro il 31 ottobre 2027, di 6.000 posti complessivi.

Art. 32-*quinquies*. - 1. Il corso di formazione specifica in medicina generale e di prossimità si articola in attività didattiche pratiche e attività didattiche teoriche e di ricerca e prevede:

a) un periodo di formazione in medicina interna, della durata di due anni, da svolgersi presso strutture ospedaliere, pubbliche o equiparate;

b) un periodo di formazione, della durata di un anno, da svolgersi presso un ambulatorio di un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale;

c) un periodo di formazione, della durata di un anno, in una delle specializzazioni mediche di cui all'articolo 32-*ter*, comma 1.

2. La formazione prevede un totale di almeno 6.000 ore, di cui 2/3 rivolti all'attività formativa di natura pratica. Gli obiettivi didattici, le metodologie di insegnamento e apprendimento, i programmi delle attività teoriche e pratiche e l'articolazione della formazione sono definiti con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Consiglio superiore di sanità, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri ».

Art. 2.

(Inquadramento e ruolo del medico di medicina generale e di prossimità)

1. I medici di medicina generale e di prossimità impiegati presso le case di comunità sono inquadrati come dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale.

2. I medici di medicina generale e di prossimità possono esercitare, se non impiegati presso le case di comunità, l'attività professionale in qualità di medico di medicina generale convenzionato.

Art. 3.

(Corso di specializzazione abilitante all'esercizio dell'attività di medico di medicina generale e di prossimità)

1. Per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale e di prossimità nell'ambito del Servizio sanitario nazionale da parte di coloro che esercitano, alla data di entrata in vigore della presente legge, l'attività professionale in qualità di medici di medicina generale, è necessario il possesso del diploma conseguito a seguito di un corso di specializzazione della durata di un anno in una delle specializzazioni mediche di cui all'articolo 32-ter, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, come introdotto dall'articolo 1 della presente legge.

€ 1,00