CAMERA DEI DEPUTATI N. **2544**

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEL

CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

Istituzione del Dipartimento integrato università-servizio sanitario regionale e modifiche al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, in materia di condizioni di formazione dei medici chirurghi e degli specializzandi

Presentata il 29 luglio 2025

ONOREVOLI DEPUTATI ! – A partire dall'« esplosione » della pandemia di COVID-19 sono emerse, in modo talora drammatico, le criticità del nostro Sistema sanitario nazionale, in particolare per quanto riguarda la « medicina territoriale ». Nel contempo sono risultati più evidenti i difetti della programmazione sanitaria e la non adeguatezza del numero chiuso come unico strumento della programmazione del personale sanitario.

Con questa proposta di legge si vuole equiparare la specializzazione in medicina generale alle altre specializzazioni sanitarie *post lauream*, tutte di livello universitario, naturalmente senza perdere il coinvolgimento con la specificità del territorio che è la caratteristica della medicina generale.

La funzione oggi svolta dal medico di medicina generale è stata oggetto di un'evoluzione sia sotto il profilo giuridico-formale che contenutistico. Sembra utile allora prendere le mosse dalla definizione europea di Medicina Generale, adottata nel 2002 e aggiornata nel 2011 dall'Organizzazione mondiale dei medici di famiglia – Europa, Società Europea di Medicina Generale/Medicina di Famiglia, che si riporta di seguito: « Le nuove definizioni europee 2011 e le competenze costitutive. La disciplina e specialità della medicina generale/medicina di famiglia. La medicina generale/medicina di famiglia è una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una

specialità clinica orientata alle cure primarie.

I. La disciplina della medicina generale/medicina di famiglia ha le seguenti caratteristiche:

a) è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso e ogni altra caratteristica della persona;

b) fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità assumendo, quando si renda necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;

c) sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;

d) promuove la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (*empowerment*);

e) si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso una efficace comunicazione tra medico e paziente;

f) ha il compito di erogare cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente;

g) prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza della malattia in quella precisa comunità;

h) gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;

i) si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente;

j) promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;

k) ha una responsabilità specifica della salute della comunità;

l) si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.

II. La specialità della medicina generale/medicina di famiglia. I medici di medicina generale/medici di famiglia sono medici specialisti formati ai principi della disciplina.

Essi sono medici di fiducia del singolo individuo, principalmente responsabili dell'erogazione di cure integrate e continuative ad ogni singola persona che necessita di cure mediche indipendentemente dal sesso, dall'età e dal tipo di patologia. Essi curano gli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e cultura, rispettando sempre l'autonomia dei propri pazienti. Sono consapevoli di avere anche una responsabilità professionale nei confronti della comunità nella quale lavorano. Quando negoziano con i pazienti la gestione delle cure integrano i fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di contatti ripetuti.

I medici di medicina generale/medici di famiglia esercitano il loro ruolo professionale promuovendo la salute, prevenendo le malattie, fornendo terapie, cure o interventi palliativi e promuovendo la responsabilizzazione del paziente e l'autogestione della propria salute (*empowerment*). Tutto ciò avviene sia direttamente, sia attraverso i servizi di altri in accordo con i bisogni di salute e le risorse disponibili nella comunità in cui sono inseriti, aiutando i pazienti dove necessario nell'accesso a questi servizi. Essi devono assumersi la responsabilità di sviluppare e mantenere le loro abilità professionali, l'equilibrio personale e i valori come base per la cura efficace e sicura dei pazienti. Al pari degli altri professionisti sanitari essi devono assumere la responsabilità di un continuo monitoraggio, mantenimento e, se necessario, miglioramento degli aspetti clinici, dei servizi e dell'organizzazione, della sicurezza del pa-

ziente e della loro soddisfazione in relazione alle cure da essi erogate.

III. Le competenze costitutive del medico di medicina generale/medico di Famiglia. Una definizione della disciplina della medicina generale/medicina di famiglia e dello specialista medico di famiglia deve discendere direttamente dalle competenze costitutive del medico di medicina generale/medico di famiglia. Costitutive nel senso di fondanti la disciplina, indipendentemente dal sistema sanitario nell'ambito del quale esse sono applicate.

Le dodici caratteristiche fondamentali che definiscono la disciplina sono correlate alle dodici abilità che ogni specialista medico di famiglia dovrebbe padroneggiare.

Esse possono essere raccolte in sei competenze costitutive (con riferimento alle loro caratteristiche):

1. Gestione delle cure primarie (*a*, *b*);

2. Cure centrate sulla persona (*c*, *d*, *e*, *f*);

3. Abilità specifiche nel *problem solving* (*g*, *h*);

4. Approccio integrato (*i*, *j*);

5. Orientamento alla comunità (*k*);

6. Utilizzo di un modello olistico (*l*).

Il miglioramento della qualità, in particolare, deve essere considerato come caratteristica fondamentale delle competenze 1 e 3.

Trattandosi di una disciplina scientifica centrata sulla persona, tre caratteristiche aggiuntive dovrebbero essere considerate fondamentali nell'applicazione delle competenze costitutive:

a) una sensibilità al contesto: la capacità di comprendere il proprio contesto, anche quello dell'ambiente nel quale si opera, le condizioni di lavoro, la comunità, la cultura, la cornice finanziaria e normativa;

b) un'attitudine: fondata sulle capacità professionali del medico, sui suoi valori e sulla sua etica;

c) un approccio scientifico: espresso dall'adozione di un approccio all'attività clinica critico e fondato sulla ricerca e nel suo mantenimento nel tempo attraverso la formazione continua e il miglioramento della qualità ».

L'ampiezza di competenze previste dalla definizione di medicina generale a livello europeo è anche patrimonio del nostro contesto sanitario e si esprime attraverso l'evoluzione del linguaggio. Il medico di medicina generale è oggi un professionista che non corrisponde a quello che nel linguaggio corrente si definisce « medico generico », cioè il laureato in medicina e chirurgia in possesso della laurea magistrale a ciclo unico, che si è abilitato ma non ha conseguito alcuna specializzazione *post lauream*; non è neppure « il medico di base », figura professionale non più esistente e sostituita principalmente dal medico di assistenza primaria, qualora il medico di medicina generale abbia un rapporto convenzionale con il servizio sanitario; infine, non è equipollente allo specialista di medicina di comunità e delle cure primarie.

Si ravvisa pertanto la necessità di rendere omogenei i percorsi formativi esistenti con l'istituenda nuova specializzazione in « medicina generale, di comunità e cure primarie », rendendo comunque possibile agli attuali specializzati in medicina di comunità e delle cure primarie l'equiparazione ai medici di medicina generale, attraverso un percorso formativo integrativo, disciplinato da appositi decreti del Ministro dell'università e della ricerca e del Ministro della salute.

Il « medico di medicina generale » è il medico in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale, diploma che si consegue con la frequenza di un corso di specializzazione in medicina generale di durata triennale. Le caratteristiche di tale corso (le cosiddette « condizioni di formazione ») sono oggi disciplinate dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, recante norme di attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati

ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE; tale decreto legislativo ha abrogato il decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, recante norme di attuazione della direttiva n. 86/457/CEE, relativa alla formazione specifica in medicina generale, a norma dell'articolo 5 della legge 30 luglio 1990, n. 212, che prevedeva un corso di formazione specifica di medicina generale di durata biennale, facendo tuttavia salvo il diritto di continuare ad esercitare l'attività di medico di medicina generale ai titolari di un rapporto convenzionale di medico di medicina generale, di medico di guardia medica attiva e di emergenza territoriale, di medico nella medicina dei servizi e rapporti similari al 31 dicembre 1994. Val la pena di sottolineare che la durata del corso di formazione prevista dal decreto legislativo n. 256 del 1991 era di due anni e che non era necessaria la formazione specifica per esercitare l'attività prima del 10 gennaio 1995.

In gran parte dei Paesi europei la specializzazione dei medici di medicina generale è demandata alle università mediante apposito corso di specializzazione; in Italia, come già detto, la specializzazione in medicina generale si ottiene, dagli anni '90, mediante il corso di formazione specifica in medicina generale, organizzato dalle regioni, con la collaborazione sia per l'attività di docenza che di tutoraggio degli ordini dei medici locali.

Con questa proposta di legge si vuole intervenire sui corsi di formazione specifica di medicina generale inserendo in modo strutturato tali corsi nell'ambito dell'università, con l'istituzione in ogni ateneo del Dipartimento integrato Università – Servizio sanitario regionale. Tale Dipartimento è istituito con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, adottato di concerto con il Ministro della salute e previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO) (articolo 1).

Nel corso di formazione di tutti i medici chirurghi si prevede che possa essere utilizzata la rete formativa delle aziende sanitarie per i tirocini formativi (articolo 2).

L'articolo 3, che modifica l'articolo 20 del decreto legislativo n. 368 del 1999, ribadisce la possibilità di utilizzare la rete formativa delle aziende sanitarie per i tirocini formativi di tutti gli specializzandi e ne affida l'articolazione ad intese tra il Ministero dell'università e della ricerca, il Ministero della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

L'articolo 4, tenendo conto della estensione della medicina territoriale, modifica la denominazione del corso di formazione in un nuovo e specifico corso, da medicina generale a medicina generale di comunità e cure primarie e valorizza il ruolo del medico di medicina generale, di comunità e cure primarie, inserendo in modo strutturato il corso di formazione specifica in medicina generale, di comunità e di cure primarie nell'ordinamento universitario e valorizzando il ruolo di tutti i soggetti interessati; inoltre, prevede che l'ordinamento degli studi sia determinato da un'intesa tra il Ministero dell'università e della ricerca, il Ministero della salute e le regioni, sentita la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO). L'inserimento del corso di specializzazione in medicina generale di comunità e cure primarie nell'ordinamento universitario ha la conseguenza di equiparare gli specializzandi in questa disciplina a tutti gli altri specializzandi anche per quanto riguarda le borse di studio.

Infine, l'articolo 5, nel valorizzare il corso di specializzazione, ne porta la durata a quattro anni, introducendo al comma 2 anche un 'apposita disciplina transitoria.

RELAZIONE TECNICA

(Articolo 17, comma 6, della legge 31 dicembre 2009, n. 196).

Come evidenziato nella relazione illustrativa, la proposta di legge si propone di intervenire su alcuni limiti strutturali evidenziati dalla disciplina della programmazione sanitaria sotto il profilo della cosiddetta « medicina territoriale »; tema la cui rilevanza, specificità e criticità, già emerse in sede di emergenza epidemiologica da COVID-19, stanno diventando una costante della *governance* della politica sanitaria a livello nazionale.

In particolare trattasi, nel caso di specie, di equiparare la specializzazione di medicina generale alle altre specializzazioni sanitarie *post lauream*, tutte di livello universitario, senza perdere il coinvolgimento con la specificità del territorio, che è la caratteristica della medicina generale.

Lo strumento scelto è l'intervento sui corsi di formazione specifica di medicina generale inserendo, in modo strutturato, tali corsi nell'ambito dell'università, con l'istituzione in ogni ateneo del Dipartimento integrato Università – Servizio sanitario regionale, disponendo che nel corso di formazione di tutti i medici-chirurghi possa essere utilizzata la rete formativa delle aziende sanitarie per i tirocini formativi (articolo 2) e affidando l'articolazione ad intese tra il Ministero dell'università e della ricerca, il Ministero della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (articolo 3).

L'articolo 4, tenendo conto dell'estensione della medicina territoriale, modifica la denominazione del corso di formazione in un nuovo e specifico corso, da medicina generale a medicina generale di comunità e cure primarie, e valorizza il ruolo del medico di medicina generale, di comunità e cure primarie, inserendo in modo strutturato il corso di formazione specifica in medicina generale, di comunità e di cure primarie nell'ordinamento universitario e valorizzando il ruolo di tutti i soggetti interessati. Quanto sopra prevedendo che l'ordinamento degli studi sia determinato da un'intesa tra il Ministero dell'università e della ricerca, il Ministero della salute e le regioni, sentita la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri: ne conseguirà, dall'inserimento del corso di specializzazione in comunità e cure primarie nell'ordinamento universitario, la conseguenza di equiparare gli specializzandi in questa disciplina a tutti gli altri specializzandi anche per quanto riguarda le borse di studio.

Completa l'articolato la previsione che dalla valorizzazione del corso di specializzazione ne consegue la rideterminazione della sua durata in quattro anni e la relativa disciplina transitoria.

Da tale ricostruzione del quadro normativo come proposto, consegue il carattere meramente ordinamentale della proposta di legge statale di iniziativa regionale, che, in quanto tale, non prevede la destinazione di risorse aggiuntive a valere sul bilancio dello Stato.

PROPOSTA DI LEGGE D'INIZIATIVA REGIONALE

—

CAPO I

ISTITUZIONE DEL DIPARTIMENTO INTEGRATO UNIVERSITÀ – SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 1.

(Istituzione del Dipartimento integrato Università – Servizio sanitario regionale)

1. Al fine di adeguare e potenziare l'assistenza primaria all'evoluzione del quadro demografico, epidemiologico e nosologico e ai conseguenti diversi e nuovi bisogni di salute individuale e collettiva nonché di rispondere alle specifiche esigenze dei servizi sanitari regionali, è istituito presso ogni università il Dipartimento integrato Università – Servizio sanitario regionale, con il compito di coordinare le università e le strutture della sanità territoriale per l'attività didattica prevista nell'ambito delle condizioni di formazione dei medici chirurghi, di cui all'articolo 18 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, come modificato dall'articolo 2 della presente legge.

2. Il Dipartimento di cui al comma 1 è istituito con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, adottato di concerto con il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sentita la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO).

Art. 2.

(Modifica all'articolo 18 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, in materia di

condizioni di formazione dei medici chirurghi)

1. All'articolo 18, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, dopo la lettera *d)* è aggiunta la seguente:

« *d-bis)* adeguate competenze nelle scienze biopsicomediche, nonché conoscenze finalizzate alla promozione della salute e del benessere psico-fisico ».

2. Il tirocinio nell'ambito della formazione di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, come modificato dal presente articolo, può essere svolto anche all'interno della rete formativa delle aziende sanitarie di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, come modificato dall'articolo 3 della presente legge, oltre che nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517.

CAPO II

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI FORMAZIONE MEDICA SPECIALISTICA E MODIFICA DEGLI ARTICOLI 20 E 24 DEL DECRETO LEGISLATIVO 17 AGOSTO 1999, N. 368

Art. 3.

(Modifiche all'articolo 20 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368)

1. All'articolo 20 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) la lettera *d)* del comma 1 è sostituita dalla seguente:

« *d)* formazione svolta dalle università con il concorso delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, che si avvalgono, oltre che delle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, della rete formativa costituita dai servizi e presìdi ospedalieri, dipartimentali e distrettuali, ivi comprese le unità complesse di

cure primarie di medicina generale e di pediatria di base, la cui caratteristica di idoneità didattica è individuata con intesa tra il Ministero dell'università e della ricerca, il Ministero della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano »;

b) dopo il comma 3 sono inseriti i seguenti:

« *3.1.* La rete formativa di cui alla lettera *d)* del comma 1 è definita a livello regionale o interregionale in base a specifici accordi o protocolli d'intesa tra le università e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, secondo i criteri previsti dal decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 4 febbraio 2015, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 3 giugno 2015, e dal decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 13 giugno 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 163 del 14 luglio 2017.

3.2. Le attività di docenza e di tutoraggio sono svolte anche dal personale esperto, dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale, in particolare per i contenuti teorici e pratici professionalizzanti nella formazione sia nel corso di laurea, che nei corsi di specializzazione ».

Art. 4.

(Modifica dell'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368)

1. L'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è sostituito dal seguente:

« Art. 21. – *1.* Per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale, di comunità e cure primarie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, è necessario il possesso del diploma di specializzazione in medicina generale, di comunità e cure primarie, il cui corso è gestito dalle università in collaborazione con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; il relativo ordinamento degli studi è determi-

nato con un'intesa tra il Ministero dell'università e della ricerca, il Ministero della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita la FNOMCeO. I diplomi già conseguiti o in corso di conseguimento, se il corso è iniziato alla data di entrata in vigore della presente disposizione, continuano a essere titolo per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale. Il nuovo diploma di specializzazione in medicina generale, di comunità e cure primarie, costituisce titolo equipollente al diploma di medicina generale, di comunità e cure primarie attivo alla data di entrata in vigore del presente articolo ».

Art. 5.

(Modifica all'articolo 24 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368)

1. Al comma 1 dell'articolo 24 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, le parole: « tre anni » sono sostituite dalle seguenti: « quattro anni ».

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica ai corsi di specializzazione in medicina generale di comunità e cure primarie che iniziano successivamente all'intesa prevista dall'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, come sostituito dall'articolo 4 della presente legge.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



19PDL0156270