

AUDIZIONE FIMMG

Disegno di legge C. 2365 recante “Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria”

Commissione Affari sociali – Camera dei Deputati

20 maggio 2025

Illustre Presidente, Illustri Componenti della Commissione,

questa Federazione, organizzazione sindacale maggioritaria della Medicina Generale, sottolinea la rilevanza strategica del coinvolgimento della categoria in merito alla messa a punto di misure per la garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e ringrazia per il coinvolgimento in audizione.

L'**analisi** del testo del Disegno di Legge ci consente di apprezzare la chiara intenzione del legislatore di concedere spazio evolutivo alla nostra figura professionale nell'ambito dell'**erogazione ancillare** di prestazioni di norma svolte in ambito specialistico tramite l'attivazione della diagnostica di primo livello presso gli studi dei medici di medicina generale.

Questo tipo di intenzione, ben declinata **in articolo 1 comma 6**, consentirebbe per esempio di dirimere dubbi e incertezze sulla necessità di potenziare i PDTA per la presa in carico dei pazienti cronici che, nella disponibilità di questo tipo di strumentazioni, sgraverebbero la specialistica ambulatoriale di quella quota parte di prestazioni effettuabili nel nostro setting, necessarie al monitoraggio delle complicanze, eseguite spesso in assenza di segni e sintomi che sollecitino un videat specialistico. Tale passaggio normativo auspichiamo possa consentire di sbloccare definitivamente le risorse già stanziare con la Legge di Bilancio 2020 (art. 1, commi 449 e 450 della Legge 27 dicembre 2019, n. 160) e già ripartite alle Regioni ma che, a parte circoscritte esperienze locali, ci risultano ancora ad oggi inutilizzate o messe nella disponibilità della medicina generale.

Si dovrebbe guardare alla medicina di famiglia non come a un insieme di soggetti che erogano prestazioni, ma come a una categoria capace di realizzare una poderosa offerta assistenziale di primo livello, un'offerta capillare e appropriata. La medicina di famiglia può arrivare a diagnosi di maggiore precisione restando nel proprio setting, riducendo gli accessi impropri al pronto soccorso e gli esami di secondo livello ai soli veramente necessari. Tutto questo poteva essere realizzato già da anni ma è fermo per volontà o capacità delle Regioni.

Molto apprezzata nel contesto dell'**articolo 1**, anche la stesura del **comma 8** che vede nella telemedicina e nel teleconsulto uno strumento di garanzia e supporto all'integrazione ospedale-territorio tra professionisti che lavorano insieme migliorando gli obiettivi comuni in termini di appropriatezza prescrittiva e mettendo al centro i fabbisogni di salute degli assistiti.

Senza alcun dubbio è l'**articolo 10** che fa da protagonista del Disegno di Legge per quel che concerne la capacità della medicina generale di efficientare la propria risposta grazie all'utilizzo delle nuove tecnologie. I tre milioni di euro messi a disposizione della



medicina generale e della pediatria di libera scelta per implementare servizi o soluzioni digitali utili alla gestione automatizzata degli appuntamenti, la comunicazione con i pazienti e l'effettuazione di prestazioni base di telemedicina, quali la televisita, rappresentano un'ottima apertura all'innovazione. Non devono però in nessun modo rappresentare un **locus minoris resistentiae** alla tenuta di un sistema che nel **governo della domanda** trova la sua vera caratterizzazione grazie alla conoscenza della storia clinica e al rapporto fiduciario legato oggi non solo alla figura del medico di medicina generale ma anche a quella degli infermieri e ai collaboratori di studio che lavorano in sinergia funzionale.

Delle intenzioni del legislatore, quella di implementare la possibilità di prenotazione degli appuntamenti da parte degli assistiti tramite sistemi digitali, è quella che rischia di essere maggiormente fraintesa se lasciata all'autonomia dell'interessato. Autonomia che se non regolamentata e armonizzata nel filtro del microteam dello studio medico, amplificherebbe le presenze in studio di pochi riducendo le disponibilità in termini di slots di visita a chi ne avrebbe realmente bisogno. Risulterebbe peraltro in contrasto con le intenzioni ed il mandato del Disegno di Legge che vede nell'appropriatezza degli accessi e delle prestazioni la sua centralità.

Molto bene tutte le altre intenzioni riferite nelle fattispecie all'implementazione del contatto e della televisita.

Rimanendo in tema di televisita, non possiamo fare altro che accogliere con soddisfazione i contenuti dell'**articolo 13** che disciplina l'introduzione della modalità di visita con strumenti di telemedicina ai fini del rilascio della certificazione di malattia. Soluzione auspicata e già richiesta dalla nostra Federazione in epoca di pandemia SARS COV2, necessaria da un lato a non mettere a repentaglio la responsabilità di un atto medico, dall'altra a favorire le necessità di un assistito che potrà nelle prime fasi di alcune patologie, trovare risposte nella televisita a cui potrà corrispondere una certificazione di malattia laddove non si reputi necessario un esame obiettivo utile ad una presa in carico più opportuna.

Sottolineiamo, anche in questa sede, il rammarico per la bocciatura, nel passaggio del provvedimento in Commissione Bilancio del Senato, dell'emendamento che cambiava la nomenclatura del Diploma di formazione "specifico" in Medicina Generale in Diploma di formazione "specialistica" in Medicina Generale, con la motivazione che avrebbe determinato un aumento di spesa, cosa che ci appare insostenibile con un semplice cambio di denominazione e senza intervenire con una modifica sostanziale del D.Lgs 368/99. Ci siamo chiesti, alla luce della bocciatura determinata, che senso abbia allora il dibattito che si sta affrontando, con numerosi disegni di legge in discussione presso la Commissione Affari sociali del Senato, sulla trasformazione in scuola di specialità della formazione in Medicina Generale se con la bocciatura descritta si certifica di fatto la mancanza di risorse per realizzare questa trasformazione; il cambio di nomenclatura avrebbe rappresentato l'avvio di un percorso di trasformazione che nella realtà è molto più complesso da realizzare.

La medicina generale non ha alcun timore di essere coinvolta e sfidata nelle politiche finalizzate al governo dell'appropriatezza e delle liste d'attesa, consapevole della centralità del ruolo rispetto a queste tematiche che riteniamo fondamentali per la tenuta di un sistema che per noi è un servizio, il Servizio Sanitario Nazionale.