



Prot. 118/U/2025
Roma, 28/05/2025

Audizione del Sindacato Medici Italiani (SMI) presso la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati Ddl n. 2365 “Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria”.

Gentile Presidente, Gentili Deputati,

Vi ringrazio dell'invito e vi porgo il saluto del Sindacato Medici Italiani (SMI) che mi onoro di rappresentare.

Entrando nel merito della discussione sul Ddl 2365 comprendente misure per la riduzione delle liste d'attesa e altre disposizioni in materia sanitaria, commento **l'articolo 1** (*Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale*): accogliamo positivamente il provvedimento in favore dei malati oncologici per garantire loro tempi certi per gli accertamenti diagnostici e strumentali tenendo conto delle classi di priorità.

Ricordiamo che già il PNGLA 2019/2021 ha introdotto l'obbligo per i medici di valorizzare tutte le prescrizioni diagnostiche e specialistiche con le classi di priorità. Ad oggi, invece, solo in pochissimi casi le strutture erogatrici hanno dato seguito a quel codice di valorizzazione, creando un disservizio nei confronti dell'utente, a cui i medici spesso hanno tentato di ovviare riprescrivendo la ricetta con la classe di priorità diversa al sol fine di far sì che il paziente potesse trovare una finestra informatica utile per la prenotazione anche a scapito dell'appropriatezza. Meglio nessuna appropriatezza che nessuna prenotazione. Per tale ragione diversi medici della regione Liguria sono stati indagati dai Nas ed indagini sono state avviate anche in Lombardia.

Auspichiamo che il regime di tutela che viene previsto per i malati oncologici venga esteso a tutti i malati, in primis quelli anziani, fragili e non autosufficienti e che si stigmatizzi che i medici di medicina generale non possono essere capri espiatori di un sistema di agende di prenotazione che non funziona.

L'articolo 2 prevede l'istituzione e il funzionamento, presso il Ministero della salute, del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa. Prendiamo atto della volontà di risolvere l'annoso problema delle liste di attesa che si è venuto ad intensificare soprattutto nel periodo post covid; siamo soddisfatti che finalmente questa questione ritorni al centro del dibattito politico. La centralizzazione del governo delle liste d'attesa presso il Ministero ci sembra un buon segnale, rispetto alle soluzioni frammentarie e diseguali messe in atto dalle Regioni.

I motivi delle lunghe liste di attesa sono d'attribuire a dieci anni di tagli di personale e di strutture e a una errata programmazione di fabbisogno di personale sanitario. Ricordiamo che ogni medico in meno è un servizio in meno al cittadino e quindi reputiamo non più procrastinabile investire sul valore professionale di tutti gli operatori che lavorano all'interno del SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, nessuno escluso e in termini economici (ricordo che l'Italia è il paese con gli stipendi più bassi del personale sanitario rispetto alla media UE) e in termini organizzativi, Bisogna inoltre considerare che il 60% dei medici è donna e che sulle donne ricade il maggior carico di pratiche di accudimento familiare difficilmente conciliabile con gli attuali carichi lavorativi. Attualmente non si tiene conto delle direttive europee sul riposo notturno né sulle ore di formazione impreviste ad ulteriore attività lavorativa non retribuita. Donne, ma anche uomini, che avrebbero diritto, anche nell'area convenzionata, a maggiori tutele come la maternità, le ferie, la malattia, l'infortunio INAIL sul lavoro. La recente vicenda drammatica del Covid ha mostrato, infatti, in maniera inequivocabile, la carenza di un'adeguata copertura assicurativa in materia del lavoro nei confronti dei medici di medicina generale a ruolo unico. Appare dunque doveroso estendere la copertura assicurativa offerta dall'INAIL per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali anche a questa categoria di medici (introducendo all'art. 4 del T.U. 1124/1965 al comma 1 , dopo il comma n. 9, un ulteriore comma n. 10 per i medici di medicina generale a ruolo unico).

Occorre prevedere più investimenti per il SSN non solo in termini di valore assoluto ma tocca invertire il rapporto PIL/ spesa sanitaria come avvenuto per altri paesi di area UE.

Abbiamo bisogno di assicurare a tutti i cittadini, al di là delle condizioni sociali e delle aree territoriali di appartenenza, l'erogazione delle prestazioni entro tempi adeguati rispetto alle patologie e alle necessità di cura, assicurando a tutti la fruizione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Su questo punto permetteteci quindi di fare un inciso riguardante la strumentazione di 1° livello , prevista per i medici di medicina generale, inserita all'art.1 comma 6 di questo . Bisognava dar seguito a quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2020, di cui all'art.1 comma 449 e alla Legge 160/2019, poi riconfermata nel 2022. Sulla dotazione strumentale le Regioni e le Aziende Sanitarie sono andate in ordine sparso, con il risultato che vi sono medici di medicina generale che sono già all'opera in certe ASL per abbattere le liste d'attesa (vedi Trentino che ha ricevuto nei propri studi tutte le attrezzature diagnostiche di primo livello già venti giorni fa) ed altre Regioni che accumulano ritardi inenarrabili verso cittadini ammalati.

L'articolo 6 riguarda i limiti massimi anagrafici per il collocamento a riposo dei docenti universitari che svolgono attività presso enti e aziende del SSN. La norma prevede il perdurare del servizio fino al settantaduesimo anno di età, per tutti i docenti universitari, a tempo pieno, che svolgono, in relazione alle materie di propria competenza, attività presso enti e aziende del Servizio sanitario nazionale. Una sconfitta per lo Stato italiano, perché evidenzia la nostra incapacità di investire e programmare gli investimenti sui giovani .

L'aumento dell'età pensionabile a 72 anni per questi dirigenti medici, infatti, non può essere una soluzione al problema di carenza di personale, se solo pensiamo alla difficoltà che hanno gli ultra settantenni anche solo a rinnovare la patente e anche perché una persona non può lavorare per la maggior parte della propria vita. Va anche considerato che la metà dei medici in attività sono donne e bisognerebbe prevedere, accanto all'aumento delle età pensionabile, anche delle opzioni per poter accedere ad una quiescenza anticipata.

L'articolo 7 prevede norme riferite al reclutamento del personale sanitario. In particolare, consente alle regioni e agli altri enti del SSN di reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e delle professioni sanitarie attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa. In questo modo si vorrebbe contrastare il fenomeno dei cosiddetti gettonisti per ridurre le liste di attesa. Siamo del parere che non si affrontano in questo modo le questioni strutturali della carenza di medici nel SSN né si combatte fino in fondo il fenomeno della precarietà del lavoro in sanità. Servirebbero, invece, migliaia di nuove assunzioni a tempo indeterminato per porre un freno alla crisi del SSN. La crisi del sistema ospedaliero è gravata dai problemi legati ai pensionamenti, ma anche dall'aumento dell'età pensionabile per la , al mancato finanziamento di un piano straordinario di assunzioni, alla mancata rimozione del tetto di spesa per il personale. L'abbattimento delle liste di attesa non si possono risolvere solo con il maggior ricorso alle prestazioni aggiuntive. Ricordiamo, inoltre ,che i medici dirigenti sono ancora in attesa del perfezionamento della legge sulla responsabilità professionale e subiscono ancora violenza nei Pronti Soccorsi Italiani, nei Servizi del 118, nei SERD, nei reparti psichiatrici e negli altri reparti di degenza e nelle attività territoriali.

L'articolo 13 prevede la possibilità di utilizzo dello strumento della telemedicina, nello specifico la televisita, per la certificazione di malattia, anche con riferimento ai casi di visite mediche volte a verificare lo stato di malattia dei lavoratori assenti dal lavoro. È una misura che il Sindacato Medici Italiani condivide da sempre e anche per questo ha firmato l'ACN della medicina generale 2024 dove è previsto per il medico a ruolo unico l'attività in telemedicina. Nei mesi scorsi SMI, a supporto di queste convinzioni, ha lanciato una petizione sull'argomento, petizione che ha raccolto 20.000 firme. Esprimiamo piena soddisfazione per l'accoglimento dell'istanza di tanti medici e cittadini. Speriamo di poter dare il nostro contributo anche alla stesura dei decreti attuativi, al fine di andare verso una semplificazione massima delle procedure qui

Ricordiamo, infatti, che l'enorme richiesta di certificazioni per malattie brevi (circa l'80% delle richieste) soprattutto in alcuni periodi dell'anno, provoca un overbording dei presidi sanitari, sia ospedalieri che territoriali (tra l'altro già in sofferenza per carenza di personale), che fa da barriera all'accesso dei pazienti che necessitano di assistenza medica reale e non burocratica. Concludendo su questo argomento ci auguriamo sia il primo passo per arrivare all'autocertificazione dei primi 3 giorni di malattia così come avviene negli altri paesi Europei, dando la possibilità ai medici di restare nei propri studi ad occuparsi di clinica e diagnostica.

Abbiamo, infine, qualche perplessità sulla necessità di prevedere **con l'articolo 16** l'istituzione della scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria a fronte della grande offerta formative degli atenei italiani. Ci saremo aspettati, invece, un passo decisivo verso l'istituzione della Scuola di specializzazione universitaria in medicina generale e di Comunità per favorire

l'ingresso dei giovani nella professione medica. Senza un tempestivo e appropriato salto culturale che porti a una nuova formazione specialistica e non solo specifica, la professione del medico di medicina generale sarà destinata all'estinzione.

Serve, a nostro avviso, una scuola di specializzazione universitaria che formi, grazie a Professori universitari nominati dal Ministero dell'Università, medici specialisti nelle cure primarie/assistenza sanitaria primaria. Dotati di borse di studio alla pari di coloro che oggi sono attratti dalle Specialità note. Un percorso specialistico che consenta di acquisire maggiori competenze, omogenee sul territorio nazionale, a fronte di una formazione frammentaria, regionalistica, e di carattere non universitario.

Se non equipariamo la nostra formazione al quella degli altri stati dell'Europa non potremo, poi, lamentarci se i giovani andranno a cercare la specialità in Medicina Generale negli altri Stati dell'Unione.

Grazie dell'attenzione, ho concluso.

Giuseppina Onotri
Segretario Generale
Sindacato Medici Italiani (SMI)