

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

| | |
|--|-----|
| Introduzione della qualifica di « docente per l'inclusione ». C. 2303 Miele (Parere alla VII Commissione) (<i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i>) | 161 |
| ALLEGATO (<i>Parere approvato</i>) | 170 |

SEDE REFERENTE:

| | |
|--|-----|
| Istituzione della figura professionale dell'autista soccorritore. C. 274 Cappellacci, C. 2216 Sportiello, C. 2263 Almici e C. 2277 Malavasi (<i>Seguito dell'esame e rinvio – Adozione del testo base</i>) | 163 |
| Istituzione dell'ostetrica di comunità e del servizio di assistenza domiciliare postnatale. C. 1431 Morgante (<i>Esame e rinvio – Abbinamento della proposta di legge C. 1467 Malavasi</i>) | 163 |
| Disposizioni concernenti l'attività, lo stato giuridico e il trattamento dei medici di medicina generale. C. 2218 Benigni (<i>Esame e rinvio</i>) | 165 |
| Legge quadro per la salute e la sicurezza nelle piscine. C. 2576 Governo (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>) | 169 |
| UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI | 169 |

SEDE CONSULTIVA

Martedì 24 febbraio 2026. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI.

La seduta comincia alle 13.15.

Introduzione della qualifica di « docente per l'inclusione ».

C. 2303 Miele.

(Parere alla VII Commissione).

(*Esame e conclusione – Parere favorevole*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento.

Annarita PATRIARCA (FI-PPE), *relatrice*, ricorda che la Commissione è chiamata a esprimere il parere di competenza

alla VII Commissione Cultura sulla proposta di legge C. 2303, quale risultante dalle proposte emendative approvate, recante « Introduzione della qualifica di “docente per l'inclusione” », ai fini dell'espressione del parere. Rileva, quindi, che il testo all'esame della Commissione consta di 2 articoli. In particolare, l'articolo 1 introduce la qualifica di « docente per l'inclusione », che – come previsto dal comma 1 – sostituisce, nell'ambito del sistema nazionale di istruzione, la già prevista qualifica di « docente di sostegno ». Il comma 2 dispone di conseguenza che i riferimenti al docente di sostegno contenuti nell'ordinamento vigente si intendono effettuati al docente per l'inclusione.

Come si legge nella relazione introduttiva della proposta di legge, la nuova qualifica di « docente per l'inclusione » intende

sottolineare il valore pedagogico e formativo di questa figura, che opera in sinergia con i docenti curricolari per promuovere strategie didattiche inclusive.

L'introduzione della qualifica di « docente per l'inclusione » rappresenta quindi un passo significativo verso una scuola sempre più attenta ai principi di equità e pari opportunità, volta a promuovere una cultura dell'inclusione scolastica più ampia e condivisa, valorizzando il contributo di questi professionisti nel garantire un'istruzione realmente accessibile a tutti.

Il comma 3 dell'articolo 1 prevede poi che, per garantire l'effettiva attuazione del principio di contitolarità nella presa in carico dell'alunno o dello studente con disabilità, le istituzioni scolastiche, nell'esercizio della propria autonomia, promuovono iniziative di formazione finalizzate al potenziamento delle competenze dei docenti curricolari nelle metodologie didattiche inclusive, avvalendosi anche della professionalità dei docenti per l'inclusione.

Il comma 4 del medesimo articolo 1 dispone che le funzioni di coordinamento possono essere delegate dal dirigente scolastico anche al docente per l'inclusione, così come previsto dal testo unico sul pubblico impiego di cui al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Ricorda, a tale proposito, che il citato testo unico, all'articolo 25, comma 5, prevede che nello svolgimento delle proprie funzioni organizzative e amministrative il dirigente possa, tra le altre cose, avvalersi di docenti da lui individuati, ai quali possono essere delegati specifici compiti.

L'articolo 2 del provvedimento in esame prevede la clausola di invarianza finanziaria, disponendo che all'attuazione delle disposizioni in esso contenute si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Formula, quindi, una proposta di parere favorevole (*vedi allegato*).

Ilenia MALAVASI (PD-IDP) annuncia l'astensione del gruppo Partito Democratico sulla proposta di parere favorevole formulata dalla relatrice.

Esprime rammarico per il fatto che, nel corso dell'esame del provvedimento presso la Commissione Cultura, non si sia registrata, da parte della maggioranza, un'effettiva disponibilità ad avviare un dialogo costruttivo, che avrebbe potuto consentire un miglioramento condiviso del testo in esame.

Osserva, nel merito, che il provvedimento in discussione si limita a introdurre una modifica di carattere meramente formale, sostituendo la denominazione di « docente di sostegno » con quella di « docente per l'inclusione ». Pur riconoscendo l'importanza e il significato della terminologia adottata, ritiene che, per incidere in modo concreto sulle criticità connesse all'inclusione scolastica, sarebbe stato necessario un intervento di natura sostanziale, accompagnato dallo stanziamento di risorse adeguate da destinare al settore, sia per il potenziamento dell'offerta didattica sia per il rafforzamento dell'organico.

Ricorda, infatti, che negli ultimi cinque anni si è registrato un incremento del 30 per cento degli studenti con disabilità nelle scuole del Paese, dato quest'ultimo che evidenzia l'esigenza di un significativo potenziamento delle risorse umane impiegate nel sistema scolastico, ormai imprescindibili per garantire un diritto allo studio realmente inclusivo ed effettivo.

Auspica, in conclusione, che possa ancora aprirsi uno spazio di confronto con la maggioranza, al fine di apportare modifiche migliorative al testo in esame.

Marianna RICCIARDI (M5S) annuncia l'astensione del proprio gruppo sulla proposta di parere favorevole formulata dalla relatrice.

Ritiene, in particolare, che la sostituzione della qualifica di « docente di sostegno » con quella di « docente per l'inclusione » configuri una modifica meramente formale, non idonea a risolvere le criticità ravvisabili nel settore.

Sottolinea, invece, la necessità di un intervento concreto e strutturale in materia che, attraverso lo stanziamento di risorse adeguate, consenta di incidere in modo significativo sulle problematiche connesse all'inclusione scolastica.

Manifesta, in conclusione, la disponibilità del proprio gruppo ad assumere un atteggiamento collaborativo al riguardo, al fine di pervenire alla definizione di un testo condiviso.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere della relatrice.

La seduta termina alle 13.25.

SEDE REFERENTE

Martedì 24 febbraio 2026. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI.

La seduta comincia alle 13.25.

Istituzione della figura professionale dell'autista soccorritore.

C. 274 Cappellacci, C. 2216 Sportiello, C. 2263 Almici e C. 2277 Malavasi.

(Seguito dell'esame e rinvio – Adozione del testo base).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato nella seduta del 19 marzo 2025.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente e relatore*, ricorda che il Comitato ristretto ha concluso i propri lavori nella giornata del 18 febbraio scorso.

In base agli esiti dell'istruttoria svolta, propone di adottare come testo base la proposta di legge C. 274 Cappellacci, riservandosi di valutare, nel ruolo di relatore, le istanze poste dalle proposte di legge abbinate nel corso della fase emendativa.

Nessuno chiedendo di intervenire, la Commissione delibera di adottare quale testo base per il prosieguo dell'esame la proposta di legge C. 274 Cappellacci.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che il termine per la presentazione di proposte emendative alla proposta di legge C. 274 Cappellacci, adottata come testo base, sarà fissato nella riunione dell'ufficio di

presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi.

Nessuno chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

Istituzione dell'ostetrica di comunità e del servizio di assistenza domiciliare postnatale.

C. 1431 Morgante.

(Esame e rinvio – Abbinamento della proposta di legge C. 1467 Malavasi).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che, secondo quanto stabilito dalla Giunta per il Regolamento, i deputati possono partecipare alla seduta odierna in videoconferenza, non essendo previste votazioni.

Avverte, altresì, che, ai sensi dell'articolo 77, comma 1, del Regolamento, la Presidenza dispone l'abbinamento della proposta di legge C. 1467 Malavasi, recante « Istituzione della figura professionale dell'ostetrica di famiglia e di comunità », vertendo su materia identica a quella della proposta di legge in esame.

Maddalena MORGANTE (FDI), *relatrice*, ringrazia il gruppo Fratelli d'Italia e, in particolar modo, la rappresentante del gruppo presso la XII Commissione, deputata Imma Vietri, nonché gli altri colleghi che hanno sostenuto e condiviso l'importanza della proposta di legge di cui la Commissione avvia oggi l'esame.

Ritiene, anzitutto, che tale proposta di legge in questione sia di fondamentale importanza per il rafforzamento dell'assistenza alla maternità e alla tutela della salute delle donne e dei loro bambini nel Paese.

Evidenzia come la proposta in discussione mira ad istituire la figura dell'ostetrica di comunità e del relativo servizio di assistenza domiciliare postnatale, un modello di assistenza « One to One » che accompagna la donna lungo tutto il percorso della gravidanza fisiologica e del puerperio, assicurando prossimità, prevenzione e so-

stegno nelle fasi più delicate, compreso il delicatissimo momento dell'avvio all'allattamento al seno e nel bellissimo ed unico momento del rientro a casa. La proposta assume anche un valore più profondo, in quanto mettere al centro la maternità significa mettere al centro la vita, significa riconoscere che la nascita non è solo un evento sanitario, ma un momento fondativo per la famiglia e per la comunità. Ritieni, infatti, che investire sulla prossimità e sull'accompagnamento significhi affermare che lo Stato non lascia sole le donne e non lascia sole le famiglie nel momento in cui accolgono una nuova vita.

Passando, quindi, al contenuto del provvedimento, fa presente che esso si compone di cinque articoli e ha per oggetto l'istituzione della figura professionale dell'ostetrica di comunità quale presidio minimo essenziale di cure per la madre e il bambino e prevede disposizioni per la disciplina di un servizio di assistenza domiciliare postnatale per la puerpera e il neonato.

Secondo le Linee guida emanate dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 2022, lo scopo di una moderna medicina perinatale è quello di garantire una perfetta salute alla mamma e al bambino mediante l'impiego di un livello di cure minimo, compatibile con la sicurezza. Il livello di cure minimo viene individuato nella figura dell'ostetrica, la cui attività assistenziale si fonda sulla continuità.

Entrando nel merito del contenuto, rileva che l'articolo 1 istituisce la figura dell'ostetrica di comunità la quale, con autonomia professionale e in cooperazione con le strutture ospedaliere e i presidi sanitari del comune di appartenenza, agisce per la prevenzione, la cura e la salvaguardia della salute di genere della donna. Definisce, altresì, i doveri di assistenza e sostegno rientranti nell'ambito della tutela della salute di genere della donna, vale a dire: l'assistenza alla donna in gravidanza fisiologica e al neonato; l'assistenza alla paziente ginecologica; il sostegno e la cura del puerperio con particolare attenzione all'incattivazione all'allattamento esclusivo al

seno quale metodo di prevenzione di malattie metaboliche infantili.

È poi stabilito che l'ostetrica di comunità esercita le proprie mansioni nel comune di riferimento, avvalendosi di locali adibiti alle prestazioni sanitarie della medicina di base quali ambulatori, consultori, studi medici e presidi ospedalieri. Si prevede inoltre che l'ostetrica di comunità possa utilizzare anche il domicilio privato della donna quale presidio a partire dalla trentaquattresima settimana di gestazione fino al termine del puerperio.

Viene demandata alle regioni la definizione delle modalità di attuazione delle disposizioni in commento entro dodici mesi dall'entrata in vigore della proposta di legge.

Sono infine richiamate, per quanto compatibili, le disposizioni della legge 10 agosto 2000, n. 251, recante la disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

L'articolo 2, al fine di offrire assistenza e sostegno alle puerpere e ai neonati, istituisce presso tutti gli ospedali pubblici il servizio di assistenza domiciliare postnatale, stabilendo un termine di 48 ore dalla dimissione della puerpera e del neonato per l'attivazione di tale servizio.

L'articolo 3 demanda alle regioni e alle provincie autonome di Trento e di Bolzano l'organizzazione del servizio di assistenza domiciliare postnatale nel termine di sei mesi dalla data in vigore della proposta di legge.

L'articolo 4 riguarda le funzioni, stabilendo in particolare che l'ostetrica valuti lo stato psico-fisico della mamma e offra assistenza per gli aspetti relativi all'adattamento tra la mamma e il neonato, alla sua gestione e igiene, all'allattamento, alle ferite del taglio cesareo.

Stabilisce altresì che la puericultrice offra sostegno alla mamma, aiutandola a capire anche i suoi cambiamenti emotivi e a instaurare un legame affettivo con il neonato, e la assiste in tutti gli altri aspetti di base della cura del neonato, affiancando i genitori nel dare il giusto ritmo sonno-veglia al bambino e favorendo un sereno

clima di benessere all'interno del nucleo familiare.

L'articolo 5, recante le disposizioni finanziarie, quantifica in 100 milioni di euro annui gli oneri derivanti dalla proposta di legge in esame, prevedendo che a tali oneri si provveda mediante corrispondente riduzione del Fondo per le esigenze indifferibili, di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. Occorrerebbe, naturalmente, modificare la decorrenza della copertura finanziaria a partire dal 2026 anziché dal 2024 (come attualmente previsto).

Gilda SPORTIELLO (M5S) avverte che il proprio gruppo intende presentare una proposta di legge concernente la medesima materia oggetto del provvedimento in esame.

Evidenzia, al riguardo, l'esistenza di ampi margini per un ulteriore arricchimento del testo attualmente all'esame della Commissione, anche alla luce della necessità di istituire una rete di intervento idonea a consentire la tempestiva segnalazione di situazioni di difficoltà che possono insorgere in tali ambiti, mediante il coinvolgimento di figure professionali qualificate, in grado di intercettarle prontamente e di assicurare un sostegno efficace alle persone interessate.

Preannuncia, pertanto, che il proprio gruppo, in sede di ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, proporrà l'avvio di un ciclo di audizioni finalizzato all'acquisizione di elementi conoscitivi utili ad arricchire il contenuto delle proposte di legge in discussione.

Rileva, nello specifico, l'esigenza di predisporre misure che, oltre a tutelare e garantire la salute della donna e del bambino, promuovano altresì la creazione, all'interno del nucleo familiare, di un contesto idoneo ad accogliere la genitorialità.

Ilenia MALAVASI (PD-IDP) condivide le considerazioni espresse dalla deputata Sportiello in merito all'importanza del tema oggi sottoposto all'attenzione della Commissione.

Rivolge, quindi, un ringraziamento alla deputata Morgante e ai colleghi della mag-

gioranza per aver promosso l'esame di una questione di significativa importanza, anche alla luce della grave carenza di ostetriche nel Paese.

Ricorda, in particolare, che, a fronte del ruolo fondamentale svolto da tale figura professionale non solo nell'ambito della natalità ma anche in quello del sostegno alla genitorialità, le ostetriche attualmente in servizio sono gravate da carichi di lavoro eccessivi e percepiscono compensi non adeguati all'importanza delle funzioni esercitate. Auspica, pertanto, che l'esame delle proposte di legge in discussione possa rappresentare anche l'occasione per una più ampia riflessione sull'importanza e sulle condizioni di impiego di tali professionalità.

Ribadisce, quindi, la necessità di una piena valorizzazione di tali figure professionali, anche nella prospettiva di promuovere la natalità in un Paese che sta attraversando una grave crisi demografica.

Esprime, infine, l'auspicio che sul tema possa svolgersi un confronto costruttivo e collaborativo tra le diverse forze politiche.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

Disposizioni concernenti l'attività, lo stato giuridico e il trattamento dei medici di medicina generale.

C. 2218 Benigni.

(Esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che, secondo quanto stabilito dalla Giunta per il Regolamento, i deputati possono partecipare alla seduta odierna in videoconferenza, non essendo previste votazioni.

Roberto BAGNASCO (FI-PPE), *relatore*, fa presente che la proposta di legge di cui la Commissione avvia oggi l'esame, è volta a riformare l'attività, lo stato giuridico e il trattamento dei medici di medicina generale, con il particolare intento di definire i

principi concernenti le modalità di coinvolgimento dei medici del ruolo unico a ciclo di scelta nel complessivo progetto di attuazione dei nuovi modelli di assistenza territoriale previsti dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, adottato nell'ambito della Missione 6, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

La proposta di legge si compone di 8 articoli.

L'articolo 1, composto da nove commi, stabilisce il numero di ore settimanali complessive che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (SSN) sono chiamati a svolgere, nonché le relative modalità di organizzazione.

In particolare, il comma 1 prevede che, al fine di potenziare l'assistenza territoriale, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, in attuazione della Missione 6, Componente 1, del PNRR e dei modelli e degli *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN definiti dal regolamento di cui al decreto n. 77 del 2022, i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il SSN, in regime di parasubordinazione, garantiscono 38 ore settimanali complessive in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) a tempo pieno per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e rapporto fiduciario in favore dei propri assistiti, presso i propri studi o quelli di riferimento dell'AFT, e di attività orarie definite, in coordinamento tra loro, dall'azienda sanitaria, dal distretto sanitario e dalla casa della comunità, svolte con modalità disciplinate dall'accordo collettivo nazionale, per obiettivi di cure primarie e di tutela della salute pubblica, determinati sulla base del quadro epidemiologico, della stratificazione della popolazione di riferimento, della programmazione regionale nonché dei piani e delle linee di indirizzo nazionali del Ministero della salute.

Secondo il disposto del comma 2, le attività di cui al comma 1 comportano il seguente impegno orario: per medici con un massimale di assistiti non inferiore a 1.500, almeno 20 ore per le attività a ciclo

di scelta e almeno 18 ore per le attività di assistenza primaria ad attività oraria; per i medici con un massimale di assistiti non inferiore a 500 e non superiore a 1.500, almeno 15 ore per le attività a ciclo di scelta e le rimanenti ore a completamento delle 38 ore settimanali complessive per le attività di assistenza primaria ad attività oraria; per i medici con un numero di assistiti non superiore a 500, almeno 10 ore per le attività a ciclo di scelta e le rimanenti ore a completamento delle 38 ore settimanali complessive per le attività di assistenza primaria ad attività oraria.

Il comma 3 prevede che, nelle modalità di organizzazione e nell'articolazione oraria delle attività assistenziali di cui ai commi 1 e 2, si debba tenere conto delle esigenze epidemiologiche e stagionali della popolazione di riferimento del territorio.

Al comma 4 è stabilita la vincolatività per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta dello svolgimento delle attività orarie quali progetti di salute, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, piano assistenziale individualizzato, campagne di prevenzione, vaccinazioni, assistenza domiciliare, continuità dell'assistenza, telemedicina, attività di studio e ricerca, al fine di promuovere la medicina d'iniziativa. Si precisa altresì che, a seconda delle loro caratteristiche, possono essere svolte presso la casa della comunità, lo studio del medico di medicina generale, la sede dell'AFT nonché presso altri locali individuati dalle autorità sanitarie, secondo le modalità organizzative, definite dall'AFT di riferimento in raccordo con il distretto sanitario e la casa della comunità, per raggiungere gli obiettivi di salute fissati dall'azienda sanitaria locale.

Il comma 5 demanda all'Accordo collettivo nazionale (ACN) il compito di individuare il trattamento economico da corrispondere per lo svolgimento delle attività a ciclo di scelta e ad attività oraria e definisce la quota variabile, non inferiore al 30 per cento del compenso complessivo che le regioni finalizzano al perseguimento degli obiettivi della programmazione e del PNRR.

Secondo il disposto del comma 6, i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, in presenza di esigenze della casa della comunità o del distretto sanitario, su base volontaria, possono esercitare ulteriori sei ore di attività settimanali libero-professionali, fermo restando il raggiungimento degli obiettivi da conseguire nell'ambito dell'attività istituzionale. L'integrazione oraria di cui al presente comma è disciplinata sulla base della programmazione regionale.

Il comma 7 stabilisce che le aziende sanitarie locali (ASL), coerentemente con la programmazione regionale, per sostenere le iniziative del distretto sanitario all'interno della casa della comunità, possono assumere medici specialisti in medicina di comunità e cure primarie.

Il comma 8 precisa che, ai fini dell'attuazione della nuova rete territoriale da realizzare con le risorse del PNRR e del SSN: gli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, costituiscono le articolazioni di una rete nella quale le case della comunità rappresentano i luoghi fisici dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale ai sensi del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022; i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta svolgono le loro attività sulla base di un modello organizzativo che assume come *standard* di riferimento le AFT. Le AFT possono assumere una delle forme giuridiche previste per l'esercizio di attività professionali.

Il comma 9 specifica che le prestazioni erogate in regime di continuità assistenziale sono oggetto di riordino al fine di essere assicurate, a parità di livelli essenziali di assistenza, dalle case della comunità nell'ambito del nuovo modello di assistenza territoriale. La riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale è disciplinata dall'accordo collettivo nazionale o, in mancanza di sottoscrizione, dal decreto di cui al terzo periodo del comma 1 dell'articolo 2 e non deve comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

L'articolo 2, composto da due commi, detta disposizioni in materia di contrattazione collettiva nazionale.

In particolare, il comma 1 stabilisce che, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della proposta di legge in esame, le parti procedono all'adeguamento dell'accordo collettivo nazionale applicabile alle attività di cui all'articolo 1, ai fini dell'attuazione delle disposizioni della presente legge. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo di adeguamento entro il termine di cui al primo periodo, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-regioni, con proprio decreto, provvede all'attuazione, in via transitoria, delle disposizioni del provvedimento in discussione. Il decreto cessa di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore dell'accordo di adeguamento.

Il comma 2 esclude la possibilità di modificare, da parte della contrattazione decentrata, le disposizioni dell'articolo 1, commi 1, 2, 4 e 6, come attuate ai sensi del comma 1 dell'articolo 2.

L'articolo 3, composto da un unico comma, modifica l'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992 che individua i criteri per la definizione degli accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta).

Come riportato dalla relazione illustrativa, tali modifiche sono volte a prevedere che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il SSN, svolgano la loro attività anche presso le case della comunità, prevedendo una nuova definizione dei criteri per il compenso del medico. In particolare, viene stabilito che tale compenso è composto da: una quota per numero di scelte, corrisposta su base annuale in relazione alle funzioni stabilite in convenzione; una quota per ciascuna ora di attività svolta; una quota variabile legata al conseguimento degli obiettivi definiti dall'azienda sanitaria locale e dal distretto sanitario, in base alla programmazione regionale fermo restando lo svolgimento di attività per un numero com-

complessivo di 38 ore settimanali; tale quota non deve essere inferiore al 30 per cento del compenso complessivo. Si prevede altresì che il rapporto ottimale (rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio ed abitanti residenti) sia definito direttamente dall'accordo collettivo nazionale e non più, come disposto dal testo vigente, nell'ambito degli accordi regionali.

L'articolo 4, composto da due commi, reca disposizioni relative al corso di formazione specifica in medicina generale e all'assegnazione di incarichi ai laureati in medicina e chirurgia iscritti a tale corso.

In particolare, il comma 1 sostituisce la lettera *d*) dell'articolo 26, comma 2, del decreto legislativo n. 368 del 1999, stabilendo che il corso di formazione specifica in medicina generale deve prevedere un periodo di formazione in medicina generale, della durata di dodici mesi, da svolgere presso un medico di medicina generale convenzionato con il SSN, che incluse attività medica guidata ambulatoriale, domiciliare, nelle strutture residenziali e semiresidenziali e presso le case della comunità.

Il comma 2 prevede, al fine di far fronte alla carenza di medici di medicina generale, l'assegnazione di incarichi convenzionali vacanti a laureati in medicina e chirurgia, in possesso dell'abilitazione professionale e iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale. Tale assegnazione avviene, in ogni caso, in via subordinata rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri aventi diritto all'inserimento nella graduatoria regionale. Inoltre, stabilisce che tale attività, svolta dai medici assegnati ai posti vacanti sotto la supervisione di un *tutor* di medicina generale, sia riconosciuta ai fini del conseguimento del diploma. In aggiunta, il comma prevede che il recupero delle attività formative necessarie al raggiungimento degli obiettivi previsti dall'ordinamento vigente sia assicurato dalle regioni. Ai medici assegnati ai posti vacanti è, poi, corrisposto il trattamento economico previsto dall'accordo collettivo nazionale di cui all'articolo 2 fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica, in aggiunta

alla borsa di studio da loro percepita. Il medesimo accordo collettivo nazionale di cui all'articolo 2, inoltre, disciplina gli incarichi in esame comunque prevedendo il massimale di 1.000 assistiti durante il periodo di frequenza del corso. Infine, il comma stabilisce che, al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, l'incarico è conferito a tempo indeterminato.

L'articolo 5, composto da un unico comma, modifica l'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, il quale istituisce la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, la quale rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale. In particolare, la lettera *a*) modifica la composizione della struttura aggiungendovi due componenti nominati dal Ministro della salute. Dunque, la lettera *b*) adegua conseguentemente la composizione della delegazione di parte pubblica, prevedendo la partecipazione alla struttura tecnica, come composta in base alle modifiche di cui alla lettera *a*), del presente comma, dei soli rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze e del lavoro e delle politiche sociali.

L'articolo 6 introduce, in sede di prima applicazione della proposta di legge in esame, la facoltà di optare per la permanenza in servizio o per l'accesso anticipato alla pensione (di vecchiaia o anticipata) con corrispondente riduzione del requisito anagrafico previsto. Tale facoltà è riconosciuta ai medici di medicina generale in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge ai quali mancano non più di cinque anni per il collocamento a riposo.

L'articolo 7 dispone che all'attuazione del provvedimento in esame si provvede con le risorse disponibili a legislazione vigente, garantendone quindi la neutralità finanziaria. Si richiamano espressamente le risorse previste dall'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 (legge di bilancio 2022), destinate all'assunzione di personale aggiuntivo del SSN necessario per il potenziamento dell'assistenza terri-

toriale attraverso l'implementazione di *standard* organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

L'articolo 8, infine, reca la clausola di salvaguardia per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano.

Marianna RICCIARDI (M5S) avverte che il proprio gruppo intende presentare una proposta di legge sulla materia oggetto del provvedimento in esame.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

Legge quadro per la salute e la sicurezza nelle piscine.

C. 2576 Governo.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato nella seduta del 17 febbraio 2026.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che, secondo quanto stabilito dalla Giunta per il Regolamento, i deputati possono partecipare alla seduta odierna in videoconferenza, non essendo previste votazioni.

Ricorda, inoltre, che nella precedente seduta la relatrice, deputata Patriarca, ha svolto la relazione introduttiva.

Nessuno chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 13.40.

**UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI**

Martedì 24 febbraio 2026.

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 13.40 alle 13.45.

ALLEGATO

**Introduzione della qualifica di « docente per l'inclusione ». C. 2303
Miele.**

PARERE APPROVATO

La XII Commissione,

esaminata, per le parti di competenza,
la proposta di legge C. 2303 Miele, recante
« Introduzione della qualifica di “docente
per l'inclusione” », quale risultante dalle
proposte emendative approvate,

esprime

PARERE FAVOREVOLE.