

22/36/CR05D/C7

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO FABBISOGNI
DI PERSONALE SANITARIO**

Roma, 2 marzo 2022

DOCUMENTO PROGRAMMATICO FABBISOGNI DI PERSONALE SANITARIO

| | |
|---|----|
| PREMESSA | 2 |
| PROPOSTE PER CONTRASTARE LA CARENZA DI PERSONALE DIPENDENTE DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO | 5 |
| 1. Iniziative per il potenziamento del personale in servizio | 7 |
| 2. Iniziative per la valorizzazione del personale in servizio | 12 |
| 3. Proposte per contrastare la carenza di personale infermieristico nelle strutture socio sanitarie residenziali e semi residenziali | 14 |
| PROPOSTE DI RIFORMA DEL VIGENTE SISTEMA GIURIDICO PER FRONTEGGIARE LA CARENZA DI MEDICI IN REGIME DI CONVENZIONE | 16 |
| 1. Assistenza primaria | 17 |
| 2. Continuità Assistenziale | 22 |
| 3. Sanità Penitenziaria | 24 |
| 4. Emergenza Sanitaria Territoriale e Medicina dei servizi | 26 |
| 5. Formazione dei medici | 28 |

PREMESSA

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, condividendo la preoccupazione di tutte le Regioni e delle Province Autonome per le criticità che riguardano il fabbisogno di personale dipendente e convenzionato, per la gestione dei propri sistemi sanitari, ha ritenuto opportuno affrontare tale situazione in modo organico e complessivo.

A tal fine, è stato deciso di procedere alla redazione di un articolato documento che riepilogasse le criticità esistenti e formulasse proposte di soluzione per fronteggiare la carenza di professionisti sanitari e migliorare la situazione, a partire dalla richiesta di deroga rispetto ai vincoli di spesa e alle limitazioni delle assunzioni previste dalla normativa, tenuto conto delle esigenze connesse alla gestione della fase emergenziale, al recupero delle prestazioni sanitarie non erogate a causa della pandemia ed, in prospettiva, all'attuazione del PNRR.

Il documento viene offerto alle valutazioni del Governo con l'auspicio che possano essere condivise le proposte avanzate dalle Regioni e dalle Province autonome affinché possano essere tradotte in norma.

Le esigenze connesse alla gestione della pandemia, al recupero delle prestazioni sanitarie non erogate e, in prospettiva, all'attuazione degli obiettivi del PNRR, hanno fatto emergere diverse criticità, che rischiano di incidere in modo decisivo sulla capacità dei sistemi sanitari regionali di fronteggiare questa difficile fase.

A seguito di interlocuzioni con i diversi soggetti istituzionali coinvolti ed impegnati a garantire l'applicazione dei piani epidemici e la conseguente riorganizzazione dei servizi, sono stati individuati alcuni interventi ritenuti necessari ed urgenti per massimizzare l'utile impiego del personale sanitario e socio-sanitario ad oggi attivo e attivabile, meglio specificati nel documento allegato.

Si ritiene comunque opportuno, rispetto alle singole misure descritte in seguito nel documento, individuare le linee di azione che si ritengono prioritarie.

La criticità che assume maggiore rilevanza è quella che deriva dalla assoluta inadeguatezza del livello di finanziamento statale del fabbisogno sanitario standard rispetto alle dinamiche di potenziamento degli organici di personale, anche con riguardo alle diverse tipologie contrattuali di lavoro flessibile, che si sono determinate per effetto delle esigenze organizzative prima richiamate. L'aumento del livello di finanziamento disposto dalla legge n. 234/2021 risulta del tutto insufficiente, considerato che la totalità delle risorse incrementalmente è a destinazione vincolata e non consente alle regioni di destinare le necessarie risorse alla realizzazione degli interventi finalizzati all'esigenza, imprescindibile, di mantenere strutturalmente i servizi sanitari regionali in continuità con le politiche avviate a partire dal 2020. A questo fine va rilevato che l'obiettivo dichiarato dalla legge di bilancio n. 234/2021, all'art. 1, comma 268, con riferimento alle politiche del personale, è invece quello di garantire un rafforzamento strutturale dei servizi sanitari regionali, anche al fine di finanziare le iniziative di stabilizzazione del personale precario. Ciò premesso appare chiaro che il livello di finanziamento è incompatibile non solo con l'obiettivo dichiarato, ma anche con il mero mantenimento dei livelli strutturali raggiunti. Si rappresenta pertanto l'esigenza di un incremento del Fondo sanitario nazionale più consistente di quella prevista dall'art. 1, comma 258, della legge n. 234/2021 e/o dai finanziamenti ad hoc disposti al di fuori del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario standard a cui concorre lo Stato. Al tempo stesso, si rileva la necessità di integrare i finanziamenti specifici per fronteggiare il reclutamento straordinario Covid e le esigenze della campagna vaccinale, considerato che quelli disposti per il 2021 si sono dimostrati del tutto inadeguati e che, come già rilevato, quelli previsti a decorrere dal 2022 sono a destinazione vincolata.

Un altro tema di estrema rilevanza, e comunque strettamente collegato al punto precedente, è quello di garantire le condizioni di adeguatezza delle risorse per il finanziamento del trattamento economico accessorio del personale dipendente delle aziende ed enti del SSN, in coerenza con le dinamiche di potenziamento degli organici derivanti dalla pandemia e dall'attuazione del PNRR e alle condizioni di

lavoro e di disagio in essere nelle aziende. Rispetto a questa esigenza si rilevano diverse criticità, in particolare:

- ✓ l'impossibilità de facto, non solo per le regioni che non riescono a garantire l'equilibrio finanziario, di attivare la clausola, comunque insufficiente, che consente di derogare al limite disposto dall'art. 23, comma 2, del D.lgs. 75/2017, al fine di mantenere l'invarianza del valore medio pro-capite delle risorse dei fondi contrattuali.
- ✓ l'inadeguatezza delle misure previste dalla legge di bilancio n. 234/2021 al fine di dare attuazione agli impegni sottoscritti da Governo e parti sociali nel Patto sottoscritto il 10 marzo 2021, con l'obiettivo di incrementare i fondi da destinare alla contrattazione integrativa; si tratta infatti di misure previste in modo omogeneo per la generalità delle pubbliche amministrazioni, che non tengono in alcun modo conto dei forti elementi di specificità delle aziende ed enti del SSR.

In questa prospettiva emerge l'esigenza di superare gli attuali limiti legislativi relativi alle spese di personale, di cui al D.L. n. 35/2019, convertito con modifiche dalla legge n. 60/2019, nonché in materia di vincoli sulla consistenza complessiva dei fondi contrattuali, stabiliti dall'art. 23, comma 2, del D.Lgs. 75/2017. Altre proposte che si ritiene di evidenziare come prioritarie sono quelle dirette a prevedere maggiori forme di responsabilizzare delle regioni nella definizione delle risorse da destinare al trattamento accessorio e dei criteri di finalizzazione delle stesse, prevedendo la possibilità di destinare risorse regionali aggiuntive sui fondi contrattuali in modo flessibile al fine di:

- ✓ perseguire finalità perequative, volte a favorire un percorso di allineamento delle consistenze medie dei fondi contrattuali tra le diverse aziende ed enti del SSR, per migliorare le condizioni di equilibrio nell'accesso agli istituti finanziati con i fondi contrattuali ed attenuare le troppe marcate sperequazioni retributive tra professionisti presenti a livello territoriale;
- ✓ consentire alle regioni di finalizzare le risorse per progettualità ritenute strategiche e/o incentivare specifiche professionalità, sedi o particolari esigenze.

Rispetto alle regole stabilite dal legislatore statale in materia di vincoli alle spese di personale si manifesta pertanto l'esigenza che sia salvaguardata l'autonomia regionale in merito alle scelte di dettaglio relative all'organizzazione dei sistemi sanitari regionali, anche con riferimento alla programmazione dei fabbisogni di personale. Entro i limiti degli obiettivi di finanzia pubblica è necessario, pertanto, che il livello di governo statale non interferisca sulle scelte organizzative regionali (la legge di bilancio prevede una forma di approvazione centrale dei fabbisogni di personale dei SSR che rischia di paralizzare il sistema e farlo arretrare alla situazione ante aziendalizzazione).

PROPOSTE PER CONTRASTARE LA CARENZA DI PERSONALE DIPENDENTE DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIOSANITARIO

L'emergenza sanitaria ha ulteriormente evidenziato l'importante carenza di personale sanitario. Le strutture sanitarie registrano sempre maggiori difficoltà di reperire sul mercato del lavoro personale dirigente medico, con particolare riferimento alle specialità di anestesia e rianimazione, medicina d'urgenza, malattie infettive, pneumologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, radiodiagnostica, ma la criticità investe trasversalmente tutta la professione medica. Anche per il personale del comparto si rileva un'offerta di operatori significativamente insufficiente rispetto ai nuovi fabbisogni, con particolare riferimento agli infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici di laboratorio biomedico, assistenti sanitari e operatori socio-sanitari.

Le difficoltà di reclutamento non sono dovute solo alla carenza di professionisti, che comunque sconta una programmazione che si è dimostrata non adeguata, ma anche sempre minore attrattività del SSN. I professionisti, optano sempre più spesso per forme contrattuali diverse dalla dipendenza che, nei fatti, oltre a dimostrarsi economicamente e fiscalmente convenienti, consentono al professionista di governare al meglio il proprio percorso professionale orientandolo su attività ritenute più qualificanti e in grado di garantire una migliore conciliazione tra lavoro ed esigenze personali/familiari. Tale fenomeno si manifesta in una scarsa adesione alle procedure di reclutamento tradizionali che porterebbero ad assunzioni con rapporto di lavoro dipendente regolato dai contratti collettivi nazionali e integrativi aziendali, mentre i professionisti prediligono sempre più forme di collaborazione con contratti di lavoro autonomo altri rapporti di lavoro di natura privatistica.

Con l'obiettivo di rendere più attrattivo il SSN per i giovani specialisti e al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico nonché il potenziamento della rete assistenziale a partire dall'assistenza primaria, anche nell'ambito di nuovi modelli organizzativi che garantiscano l'accesso ai livelli essenziali, si ritiene necessario prevedere la possibilità per i dirigenti sanitari del SSN di accedere al rapporto di lavoro convenzionale, al di fuori dell'orario di lavoro con la medesima disciplina prevista dagli ACN.

A fronte di queste problematiche – in attesa che possano dispiegarsi gli effetti positivi delle misure di potenziamento dell'offerta formativa delle Università che deve essere migliorata e rafforzata, con riferimento sia alle professioni sanitarie del comparto che alle scuole di specializzazione, in un processo di costante e stretto confronto con le regioni cui compete la programmazione dei fabbisogni di personale sul medio lungo periodo – si ritiene indispensabile prevedere una proroga temporanea, anche oltre lo stato di emergenza, degli strumenti di reclutamento straordinari introdotti per supportare le aziende durante la fase pandemica.

Vanno al tempo stesso rafforzare le misure finalizzate a favorire l'inserimento degli specializzandi nello svolgimento delle attività assistenziali coinvolgendo maggiormente anche le aziende territoriali. Ciò sia attraverso la proroga della disposizione che consente l'assunzione con contratto a tempo determinato, con impegno orario ridotto, degli specializzandi a partire dal terzo anno di iscrizione (legge 145/2018, art. 1 comma 548), sia prevedendo specifiche forme di inserimento lavorativo dei medici in formazione specialistica in determinati ambiti organizzativi, con forme di riconoscimento dell'attività svolta anche ai fini formativi. In questo contesto assume particolare rilevanza la proposta di prevedere, in via straordinaria, fino al 2023, la possibilità di conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, ai medici in formazione specialistica iscritti al primo e al secondo anno, secondo condizioni e limiti tali da non pregiudicare lo svolgimento delle attività formative.

| 1. Iniziative per il potenziamento del personale in servizio | | |
|---|--|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 1.1 Aumento della capacità formativa degli atenei | Necessità di aumentare la capacità formativa degli atenei, con riferimento sia ai corsi di laurea delle professioni sanitarie che alle scuole di specializzazione per cui si manifestano le maggiori carenze, recependo in un processo di costante e stretto confronto con le regioni la programmazione dei fabbisogni di personale sul medio lungo periodo, che deve tener conto del turn over, degli standard di servizio e dei nuovi obiettivi di salute. | Proposta coinvolgimento Ministero della Salute Ministero dell'Università |
| | Valutare strumenti per trattenere in regione-in Italia i professionisti formati, esempio borse di studio vincolate alla permanenza in servizio. | Proposta di legge |
| 1.2. Possibilità di disporre di strumenti flessibili per il reclutamento del personale (incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario e OSS, incarichi specializzandi, incarichi a personale in quiescenza, incarichi a tempo determinato con procedure semplificate, ecc.) | Ulteriore proroga, almeno fino a conclusione del 2023, delle disposizioni speciali relative al reclutamento del personale di cui agli artt. 2 bis, 2 ter del D.L. 18/2020 convertito in L. 27/2020 già più volte prorogate (incarichi specializzandi e personale in quiescenza). | Proposta di Legge, Emendamento |
| | Proroga delle disposizioni di cui all'art. 12 del DL 18/2020 fino al 31 Dicembre 2023: permanenza in servizio del personale sanitario. | Proposta di Legge, Emendamento, per superare definitivamente il problema della mancata cumulabilità |
| | Proroga degli strumenti emergenziali realizzati per il tramite della Protezione Civile Nazionale, in particolare contact tracing e personale somministrato per le attività vaccinali oltre la durata dello stato di emergenza in considerazione del fabbisogno. | Ordinanza Commissario Straordinario, proroga delle ordinanze in tempi utili per rinnovare i contratti e possibilità di reclutare ulteriore personale |

| 1. Iniziative per il potenziamento del personale in servizio | | |
|---|---|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| | Proroga del termine di cui al comma 548-bis, articolo 1, della L. 145/2018, al 31 dicembre 2024, per l'assunzione a tempo determinato da parte delle aziende ed enti del SSN degli specializzandi iscritti dal terzo anno di corso, anche in assenza dell'accordo quadro ivi previsto. | Proposta di Legge, Emendamento |
| | Possibilità di conferire, fino al 31 dicembre 2023, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi, per non più di 24 ore mensili, a medici in formazione specialistica del primo e secondo anno di corso. Agli stessi è riconosciuto un compenso lordo orario di 40 euro, inclusivo degli oneri riflessi. | Proposta di Legge, Emendamento |
| | Superamento temporaneo della Disciplina di incompatibilità specializzandi di cui al decreto legislativo n. 368/99. | Proposta di Legge, Emendamento |
| | Previsione di inserimento lavorativo dei medici in formazione specialistica in determinati ambiti e riconoscimento dell'eventuale attività lavorativa a fini formativi. | Proposta di Legge, Emendamento |
| 1.3. Deroche al regime di equipollenza-affinità | Possibilità di ricorrere con flessibilità a dirigenti sanitari in possesso di determinate specializzazioni in deroga a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di equipollenza e di affinità delle discipline del personale dirigenziale per l'accesso al SSN (DD.MM. 30 gennaio e 31 gennaio 1998) fino alla conclusione del 2023. | Proposta di Legge |

| 1. Iniziative per il potenziamento del personale in servizio | | |
|--|---|---|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 1.4. Aumento delle ore rese dal personale in servizio | Possibilità di applicare in via ordinaria tariffe adeguate per l'acquisto di tutte le prestazioni aggiuntive, indipendentemente dalla finalità, rispettivamente nei confronti del personale sanitario del comparto e della dirigenza dell'Area sanità. | Proposta di Legge |
| 1.5. Riorganizzazione delle competenze - revisione skill mix professionisti | Possibilità di attribuire l'esecuzione dei tamponi per la diagnosi di SARS-CoV-2 a Operatori Socio Sanitari, con la supervisione di un professionista sanitario (medico, farmacista, infermiere o assistente sanitario), opportunamente addestrati allo scopo mediante apposita formazione. | Proposta di Legge |
| | Possibilità di assumere Operatori Socio Sanitari con Formazione complementare in assistenza sanitaria presso le aziende ed enti del SSR, qualora sia completato il percorso di inquadramento di questa qualifica e del relativo profilo. | Proposta di Legge Revisione del percorso formativo |
| | Sviluppo delle competenze e possibilità di erogare prestazioni di base per il personale Oss. | Proposta di Legge Accordo quadro |
| | Possibilità di validazione autonoma da parte dell'infermiere del risultato del test SARS COV 2 attraverso tamponi rapidi in autolettura e trasmissione nei sistemi informativi regionali. | |

| 1. Iniziative per il potenziamento del personale in servizio | | |
|---|--|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| | Diversa attribuzione delle competenze professionali in ottica di adeguamento dei servizi offerti, in relazione all'evoluzione dei bisogni dei cittadini e per la conseguente revisione dei modelli organizzativi assistenziali, promuovendo una evoluzione delle varie figure professionali e un chiaro e competente intervento assistenziale, sia in ambito ospedaliero, territoriale e residenziale. | CCNL Comparto e Area Sanità Proposta di legge Analisi e approfondimento in collaborazione con Agenas |
| | Definizione di Valori minimi di riferimento secondo criteri organizzativi, rivalutazione degli standard di fabbisogno di personale per profili professionali e/o aree organizzative, in ragione delle nuove competenze. | Proposta di Legge |
| | Eliminare l'obbligo di esclusività per il personale infermieristico per consentire un utilizzo sinergico degli infermieri in relazione ai fabbisogni sia delle aziende sanitarie che di altre istituzioni del sistema socio-sanitario quali ad esempio le RSA. | Proposta di Legge |

| 1. Iniziative per il potenziamento del personale in servizio | | |
|---|---|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 1.6. Permeabilità delle carriere | <p>Possibilità per i dirigenti medici del SSN con rapporto di lavoro esclusivo di accedere al rapporto di lavoro convenzionale, al di fuori dell'orario di lavoro previsto dall'art. 24 del CCNL 2016-2018 dell'Area Sanità e con la medesima disciplina prevista dagli accordi collettivi nazionali vigenti per la Medicina Generale/Continuità assistenziale, la Pediatria e la Medicina Specialistica, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico, lo sviluppo e il potenziamento della rete assistenziale a partire dall'assistenza primaria, anche nell'ambito di nuovi modelli organizzativi che garantiscano l'accesso ai livelli essenziali.</p> | Proposta di Legge |

| 2. Iniziative per la valorizzazione del personale in servizio | | |
|--|--|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 2.1. Possibilità di aumento e flessibilità del trattamento accessorio del personale delle Aziende Sanitarie | Possibilità di aumento del trattamento accessorio del personale dipendente oltre il limite previsto dall'art. 23 comma 2 del D. Lgs., 25 maggio 2017, n. 75, prevedendo un adeguato stanziamento di risorse che consenta di rendere concreto tale strumento. | Proposta di Legge |
| | Dar seguito alle indicazioni contenute nel Patto per il lavoro pubblico e la coesione sociale sottoscritto dal Governo e le OO.SS. Cgil, Cisl e Uil per quanto in riferimento al superamento dei limiti di cui all'art. 23 comma 2 del D.Lgs. 75/2017. | Proposta di Legge CC.CC.NN.LL |
| | Possibilità che le Regioni, al fine di perseguire la graduale perequazione del trattamento accessorio tra aziende ed enti del servizio sanitario, possano destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 % del monte salari regionale, come stabilito dal Patto per la Salute 2019-2021. | Proposta di Legge CC.CC.NN.LL |
| | Possibilità per le Regioni di integrare in autonomia la quota accessoria del trattamento retributivo del personale, in particolare finanziando le quote correlate ai sistemi premianti. | Proposta di Legge CC.CC.NN.LL |

2. Iniziative per la valorizzazione del personale in servizio

| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
|--|---|---------------------------------|
| | Riconoscimento di indennità specifiche anche diverse da quella di pronto soccorso prevista dal disegno di legge di bilancio 2022, quali anestesia e rianimazione, ostetricia, pediatria e altro, al fine di arginare la fuga dei medici verso il privato o verso attività libero professionale | CC.CC.NN.LL. |
| | <p>Forme di incentivazione per favorire la presenza di professionisti in aree “marginali” e poco attrattive.</p> <p>Possibilità di prevedere procedure finalizzate al reclutamento in zone “marginali” e possibilità di individuare sistemi di incentivazione per il personale destinato a queste aree.</p> | CC.CC.NN.LL. |
| | Possibilità per le Regioni di integrare in autonomia la quota accessoria del trattamento retributivo del personale, in particolare finanziando le quote correlate ai sistemi premianti. | CC.CC.NN.LL. |

| 3. Proposte per contrastare la carenza di personale infermieristico nelle strutture socio sanitarie residenziali e semi residenziali | | |
|---|--|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 3.1. Deroga regime esclusività | Possibilità, per gli infermieri dipendenti del SSR di effettuare, al di fuori dell'orario di lavoro e in deroga a quanto previsto in tema di esclusività del rapporto di impiego, attività professionale presso le strutture socio-sanitarie per anziani, previa stipula di una convenzione tra la struttura e l'Azienda Sanitaria di riferimento che disciplini le modalità di svolgimento, anche oltre il limite delle 4 ore settimanali. previsto dal sopra richiamato articolo 3- quater del D.L. 127/2021, ferma restando la garanzia dell'orario svolto in regime istituzionale. | Proposta di Legge |
| | Possibilità per le strutture socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali di disporre assunzioni di personale in quiescenza, anche in deroga alle vigenti disposizioni legislative in materia. Tale misura, volta a tamponare l'attuale carenza di infermieri nel privato/privato accreditato, potrebbe essere prevista temporaneamente, fino al raggiungimento di un nuovo equilibrio tra domanda e offerta di personale infermieristico nel servizio sanitario. | Proposta di Legge |

3. Proposte per contrastare la carenza di personale infermieristico nelle strutture socio sanitarie residenziali e semi residenziali

| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
|--|--|---------------------------------|
| | <p>Superamento per il 2023 della previsione di cui all'articolo 6-bis del decreto legge 23 luglio 2021, n. 105, convertito in Legge 16 settembre 2021, n. 126, che consente per coloro che hanno un titolo straniero non riconosciuto l'esercizio temporaneo di una professione sanitaria, prevedendo un contestuale efficientamento/abbreviamento delle procedure del Ministero della Salute di riconoscimento dei titoli sanitari conseguiti nei Paesi comunitari ed extracomunitari anche mediante l'utilizzo della tecnologia digitale e dell'informatizzazione.</p> <p>In alternativa, prevedere che gli interessati possano essere assunti temporaneamente dagli enti privati indipendentemente dalla presentazione di una istanza alle Regioni e Province autonome.</p> | Ministero della Salute |

PROPOSTE DI RIFORMA DEL VIGENTE SISTEMA GIURIDICO PER FRONTEGGIARE LA CARENZA DI MEDICI IN REGIME DI CONVENZIONE

Per quanto di competenza del Coordinamento Tecnico dell'Area Assistenza Territoriale, consapevoli dell'urgenza di trovare soluzioni realmente innovative in grado di trasformare l'impianto organizzativo e fronteggiare la carenza di medici, i gruppi dei referenti regionali e provinciali dell'Area "Formazione specifica in medicina generale" e dell'Area "Medicina convenzionata" hanno formulato le seguenti proposte, nelle more dell'applicazione dell'ACN 2016-2018 e delle successive innovazioni.

Si rileva l'assoluta necessità di una proroga temporanea, anche oltre lo stato di emergenza, delle procedure introdotte durante la fase pandemica per supportare le aziende nel mantenimento dei livelli di assistenza. Nelle tabelle successive sono esplicitati con precisione i provvedimenti ritenuti utili, ma si segnala in particolare l'occorrenza di prevedere la deroga ai vincoli relativi ai massimali di scelta e di orario per i medici incaricati e il riconoscimento dell'attività lavorativa, quale attività pratica, per i Medici corsisti del corso CFSMG.

| 1. Assistenza primaria | | |
|--|---|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 1.1. Assegnazione degli incarichi | <p>Semplificare la procedura di assegnazione degli incarichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumentare la frequenza della pubblicazione delle zone carenti, qualora ritenuto necessario dalla Regione; • bypassare la procedura in caso di acclarata emergenza; • ridurre il termine per la apertura di uno studio in seguito alla accettazione della zona carente a 60 giorni; • ridurre i termini previsti per la presentazione della domanda ex procedura SISAC: ridurre il termine di 20 giorni a 15 giorni e, nelle more della ratifica dell'ACN firmato in data 20 gennaio 2022, ridurre il termine di 30 giorni a 20 giorni. <p>Prevedere forme di “penalizzazione” nelle assegnazioni successive ad accettazioni precedenti risolte in una rinuncia di apertura dello studio da parte del medico, specificatamente: il medico che accetta un incarico è automaticamente escluso dalla partecipazione all’assegnazione di zone carenti per l’annualità successiva</p> | <p>Proposta di Legge, Emendamento</p> |

1. Assistenza primaria

| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
|--|---|--|
| | <p>Conferire due incarichi provvisori allo stesso medico, in presenza di significative, verificate e perduranti criticità nella copertura delle zone carenti, con al massimo 2500 assistiti assegnati e incarichi in ambiti limitrofi. In questo caso, garantire la presenza ambulatoriale in entrambi gli ambiti territoriali e l'inserimento del medico in una struttura con supporto amministrativo e infermieristico.</p> | |
| | <p>Equiparare il trattamento economico dei medici incaricati provvisori a quello dei medici incaricati a tempo indeterminato.</p> | |
| | <p>In presenza di significative, verificate e perduranti criticità nella copertura delle zone carenti e, comunque, in via eccezionale, permettere l'assegnazione degli incarichi ai medici che dimostrano di aver svolto 2 (due) anni di attività presso le USCA, in subordine ai medici con requisiti previsti dall'ACN.</p> | |
| | <p>Prevedere il riconoscimento di un punteggio per il servizio svolto presso le USCA ai fini della graduatoria regionale di medicina generale (art. 16 ACN vigente).</p> | |

| 1. Assistenza primaria | | |
|---------------------------------|---|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 1.2. Massimale di scelta | Nelle more della ratifica dell'ACN firmato in data 20 gennaio 2022, prevedere la possibilità di derogare il massimale di scelta di cui all'art. 39, commi 1 e 2 del vigente ACN-MG, previa verifica dell'effettiva sussistenza dello stato di carenza e fino al perdurare della stessa. | Proposta di Legge, Emendamento |
| | Nelle more della ratifica dell'ACN firmato in data 20 gennaio 2022, prevedere la possibilità di concedere l'aumento del massimale di scelta ai medici iscritti negli elenchi per un periodo superiore a sei mesi (ACN) con, ad esempio, la facoltà di: vincolare la revisione del massimale alla partecipazione ad una medicina di gruppo oppure alla partecipazione alle attività della Casa della Comunità oppure in presenza di un supporto amministrativo ed infermieristico consolidato. | |

| 1. Assistenza primaria | | |
|--|--|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 1.3. Agevolazioni logistiche edeconomiche | Apertura studi medici a condizioni agevolate in collaborazione con gliEE.LL. | Provvedimenti regionali |
| | Collaborare con i Comuni per facilitare l'individuazione di sedi da mettere a disposizione dei medici e cercare strategie per il mantenimento di un presidio sanitario nei territori più disagiati anche attraverso modalità che favoriscano l'accesso degli assistiti agli ambulatori (pulmino, taxi, ecc). | |
| | Promuovere la copertura delle zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa con un adeguato compenso accessorio annuo di cui all'articolo 59, lettera D, punto 2, che sia proporzionato alle condizioni locali. | |

| 1. Assistenza primaria | | |
|--|--|---------------------------------|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| | Per i medici che accettano incarichi in zone rimaste carenti per almeno 2 anni consecutivi, e che abbiano garantito una permanenza in tali zone di minimo 4 anni, riconoscere la priorità di scelta in fase di trasferimento. | |
| 1.4 Organizzazione dell'assistenza primaria | <p>Superare la singolarità del medico e promuovere l'associazionismo attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • incentivazione medicine di gruppo e di rete vincolandole a piani di copertura territoriale e alla partecipazione attiva nelle Case della Comunità e nei programmi di presa in carico di specifici target di popolazione definiti nei piani aziendali/regionali; • agevolazione degli ingressi dei neo convenzionati e degli incaricati provvisori nelle forme associative territoriali, verificando e monitorando che garantiscano una reale maggiore e capillare copertura del territorio; | Provvedimenti regionali |

| 1. Assistenza primaria | | |
|-------------------------------|--|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ampliamento della partecipazione alle forme associative, promuovendo l'inserimento dei medici iscritti al corso di formazione specifica in MG, dei medici neo convenzionati, degli incaricati provvisori o dei medici singoli, con i medesimi diritti e doveri dei medici facenti parte della forma associativa in cui entrano, così da garantire maggiori servizi per gli assistiti, ad esempio: ampliamento orari di ambulatorio, supporto di personale di segreteria, collaborazione con personale infermieristico al fine di intervenire nella presa in carico delle condizioni di fragilità e cronicità nonché, ove possibile, nella valutazione delle richieste di intervento urgente/non programmabile. | |

| 2. Continuità Assistenziale | | |
|---|---|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 2.1 Assegnazione degli incarichi | Nelle more della ratifica dell'ACN firmato in data 20 gennaio 2022, consentire ai medici già incaricati a tempo indeterminato nella continuità assistenziale (C.A.) di accettare incarichi provvisori o di sostituzione di assistenza primaria, all'interno della stessa AFT, in deroga ai limiti del massimale ACN-MG, previa verifica da parte delle AUSL dell'effettiva sussistenza dello stato di carenza e fino al perdurare della stessa. | Proposta di Legge Emendamento |
| 2.2 Agevolazioni economiche | Revisione trattamento fiscale dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato. | MEF |
| 2.3 Massimale orario | Nelle more della ratifica dell'ACN firmato in data 20 gennaio 2022, prevedere la possibilità di derogare il massimale orario ACN, previa verifica dell'effettiva sussistenza dello stato di carenza e fino al perdurare della stessa. | Provvedimenti regionali |

| 2. Continuità Assistenziale | | |
|---|--|---|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 2.4 Organizzazione dell'assistenza | Nelle more della ratifica dell'ACN firmato in data 20 gennaio 2022, promuovere l'ampliamento degli ambiti di attività – a carattere diurno – della continuità assistenziale, soprattutto per alcune comunità come, per esempio, le Case di riposo/Residenze per anziani e disabili. | Proposta di Legge, Emendamento, Provvedimenti regionali |
| | Nelle more della ratifica dell'ACN firmato in data 20 gennaio 2022, prevedere ambulatori diurni feriali di continuità assistenziale sia presente il Servizio di Continuità Assistenziale, per garantire assistenza h24, per sopperire all'eventuale carenza di assistenza primaria, con specifici e adeguati riconoscimenti economici. | |
| | In previsione di una riforma legislativa che eventualmente proroghi ulteriormente l'Unità di Continuità Assistenziale (non più "speciale"), al termine dello stato di emergenza sanitaria, ipotizzare la possibilità, compatibilmente con le scelte organizzative delle Regioni, di mantenere il modello USCA relativo all'assistenza domiciliare, prevedendo l'allineamento della parte remunerativa tra medici USCA a quanto sarà previsto per gli incarichi di continuità assistenziale nell'ambito del rinnovo dell'ACN. | |

| 3. Sanità Penitenziaria | | |
|---|--|---|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 3.1 Assistenza sanitaria penitenziaria | <p>In attesa della definizione e/o rinnovo dei profili specifici in sede di contrattazione collettiva nazionale, con specificazione dei relativi istituti normativi e contrattuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per i medici incaricati a tempo determinato nel settore della continuità assistenziale (C.A.) o della medicina dei servizi territoriali ACN-MG (c.d. ex medici con incarico SIAS o medici di guardia), trasformare gli attuali incarichi provvisori in incarichi convenzionali a tempo indeterminato (titolarità), allineando la parte remunerativa a quanto corrisposto ai medici USCA, nonché a quanto sarà previsto per gli incarichi di C.A., nell'ambito della ratifica dell'ACN firmato in data 20 gennaio 2022. Tali incarichi a tempo indeterminato saranno conferiti per n. 24 ore/settimanali, con possibilità di derogare il massimale orario così definito, previa verifica dell'effettiva sussistenza dello stato di necessità e fino al perdurare dello stesso; • integrare le attività mediche di C.A. interne al carcere con l'attività di C.A. presente sul territorio, secondo le modalità ritenute più opportune e sostenibili; | <p>Proposta di Legge, Emendamento</p> |

3. Sanità Penitenziaria

| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
|--|--|---------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none">• rimodulare l'attività di C.A. negli Istituti penitenziari secondo modalità alternative e innovative, capaci di tener conto ormai della cronica carenza di medici sul territorio, quali ad esempio la valorizzazione delle competenze infermieristiche e l'utilizzo della telemedicina;• favorire l'attività sanitaria medica e infermieristica svolta negli Istituti penitenziari attraverso forme di incentivazione curricolare di tipo formativo e professionalizzante per tutto il personale, valida a garantire i LEA e la continuità delle cure; | |
| | Programmare percorsi di formazione specialistica (ad es. medicina legale, master in criminologia) coerenti con le necessità del contesto lavorativo da acquisire, eventualmente, anche dopo l'assunzione a tempo indeterminato. | Provvedimenti regionali |

| 4. Emergenza Sanitaria Territoriale e Medicina dei servizi | | |
|---|--|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 4.1 Inquadramento nel ruolo sanitario | <p>Individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi che richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i medici in servizio - addetti alle attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi e, al 31 dicembre 2021, risultanti titolari di un incarico a tempo indeterminato da almenocinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato – siano inquadrati a domanda nel ruolo sanitario della dirigenza medica, assegnando i medici dell’Emergenza Sanitaria Territoriale ai Servizi della Rete di Emergenza-Urgenza, compresi i pronti soccorso, e i medici della Medicina dei Servizi ai rispettivi settori della dipendenza, per almeno un quinquennio, in deroga limite di spesa previsto dall’art. 2, co. 71, della legge 191/2009, ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, previo giudizio di idoneità secondo | <p>Proposta di Legge, Emendamento, Provvedimenti regionali</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>le procedure vigenti;</p> <ul style="list-style-type: none">• prevedere, per i medici dell’Emergenza Sanitaria Territoriale, che l’inquadramento nel ruolo sanitario comporti la contestuale accettazione alla permanenza presso i Servizi della Rete di Emergenza-Urgenza, compresi i pronti soccorso, per almeno un quinquennio;• nelle more del passaggio alla dipendenza prevedere che le Regioni e le Province autonome possano individuare adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale. | |
|--|---|--|

| 5. Formazione dei medici | | |
|---|--|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 5.1. Proroga validità ed efficacia temporale D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, art. 9, co.1, come convertito con modificazioni dalla L. 11 febbraio 2019, n. 12 e previsione analoga per medici specializzandi in pediatria | Sostituire il termine “31 dicembre 2022” (D.L. “Mille proroghe” n. 228/2021) con il termine “ 31 dicembre 2024 ”. | Proposta di Legge, Emendamento |
| | <p>In analogia a quanto disposto dal D.L. n. 135, art. 9, co.1 citato consentire ai medici specializzandi in pediatria di assumere incarichi convenzionali, a partire dal terzo anno di specializzazione, a copertura delle zone carenti di pediatria convertibili in incarichi convenzionali a tempo indeterminato, al raggiungimento del titolo.</p> <p>Prevedere, altresì, l’affiancamento ad un tutor pediatra senior, con l’assegnazione di un massimale individuale pari a 800 scelte, compatibilmente con le attività formative previste dal corso di specializzazione.</p> | |

| 5. Formazione dei medici | | |
|---|---|---|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| <p>5.2 Medici iscritti ai corsi di formazione specifica in medicina generale (CFSMG) con incarico temporaneo (art. 9, co. 1 del D.L. 135/2018)</p> | <p>Massimali</p> <p>Nel settore dell'assistenza primaria, massimale di scelta fino a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1.000 pazienti per la prima annualità del corso; ● 1.500 pazienti per le annualità successive del corso. <p>Nei settori della continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria territoriale, definire il massimale orario fino a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 24 ore settimanali per la prima annualità del corso; ● 38 ore settimanali per le annualità successive del corso. <p>Con facoltà delle Regioni di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● individuare un medico di assistenza primaria convenzionato con il SSN avente funzione di tutor per un gruppo di medici in formazione assegnatari di incarico convenzionale; ● decidere le funzioni del tutor e il numero dei medici facenti parte del gruppo. <p>Attività pratica: riconoscere l'attività lavorativa espletata in ambito convenzionale (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi), a tutti gli effetti, quale attività pratica del CFSMG fino al completamento del computo orario mensilmente previsto dal corso, ad eccezione di quanto stabilito al successivo punto 5.4.</p> | <p>Proposta di Legge</p> <p>Emendamenti</p> |

| 5. Formazione dei medici | | |
|---|--|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 5.3. Attività pratica medici in formazione con incarico provvisorio (ACN-MG) | <p>Riconoscere ai medici già titolari di incarico provvisorio al momento dell'inserimento al corso nella Regione o Provincia autonoma sede di corso e a quelli che risulteranno assegnatari di incarico provvisorio, l'attività lavorativa espletata in ambito convenzionale (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi), a tutti gli effetti, quale attività pratica del CFSMG fino al completamento del computo orario mensilmente previsto dal corso, ad eccezione di quanto stabilito al successivo punto 5.4.</p> <p>Con facoltà delle Regioni di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ individuare un medico di assistenza primaria convenzionato con il SSN avente funzione di tutor per un gruppo di medici in formazione assegnatari di incarico convenzionale; ✓ decidere le funzioni del tutor e il numero dei medici facenti parte del gruppo. <p>Inoltre, considerare i medesimi massimali di scelta e orari previsti al punto 5.2 anche per gli incarichi provvisori.</p> | <p>Proposta di Legge, Emendamento</p> <p>Provvedimenti regionali</p> |

| 5. Formazione dei medici | | |
|---|--|---|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 5.4. Riorganizzazione corso - Minimo di ore di attività pratiche di frequenza CFSMG non compensabili in alcun modo con attività lavorativa | <p>Facilitare le forme di apprendimento da remoto.</p> <p>Minimo di ore pari ad almeno il 20 % per ciascuna delle fasi formative previste del corso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in medicina clinica e medicina di laboratorio - in chirurgia generale - nei dipartimenti materno-infantili - presso un ambulatorio di un MMG convenzionato con il SSN - presso strutture di base dell'unità sanitaria locale sul territorio - in ostetricia e ginecologia - in pronto soccorso ed emergenza urgenza ospedaliera <p>Dispensare dall'obbligo di frequenza minimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i medici iscritti al corso titolari di incarichi temporanei e provvisori (punti 5.2 e 5.3), per la sola fase formativa presso un ambulatorio di un MMG convenzionato con il SSN; • i medici titolari di incarico di emergenza sanitaria territoriale per la sola fase formativa in pronto soccorso ed emergenza urgenza ospedaliera. | <p>Proposta di Legge, Emendamento Provvedimento regionale</p> |

| 5. Formazione dei medici | | |
|---------------------------------|---|---|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 5.5. Tirocinio | <p>Semestre di tirocinio presso il Distretto</p> <p>Prevedere che i 6 mesi di tirocinio presso il Distretto sia assolto mediante il riconoscimento dell'orario svolto assolvendo un incarico di Assistenza primaria, con una revisione settimanale (o sincrona in teleconsulto) con il direttore di distretto del proprio territorio o suo delegato.</p> <p>Riconoscimento tirocinio dell'area ospedaliera</p> <p>Per i medici in possesso del titolo di emergenza sanitaria territoriale o altra specialità equipollente (ai sensi del DM 30 gennaio 1998) o affine (ai sensi del DM 31 gennaio 1998) potrà essere riconosciuto il tirocinio dell'area ospedaliera con analoghi meccanismi a quelli sopra esposti.</p> | <p>Proposta di Legge, Emendamento Provvedimenti regionali</p> |

| 5. Formazione dei medici | | |
|---|---|---------------------------------|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| 5.6. Anzianità tutor | Ridurre a cinque anni | Proposta di Legge, Emendamento |
| 5.7. Superamento incompatibilità frequenza CFSMG | <p>Modifiche D.M. Salute 7 marzo 2006:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abrogare l'art. 11, co. 1 nella parte in cui prevede che “è inibito al medico in formazione l'esercizio di attività libero-professionali ed ogni rapporto convenzionale, precario o di consulenza con il Servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche o private, anche di carattere saltuario o temporaneo” e sostituirla con la seguente previsione: <i>“I medici iscritti al corso possono svolgere attività libero-professionali, purché al di fuori degli obblighi formativi ed è sospesa, qualora prevista, la borsa di studio”</i>; • abrogare il co. 4 dell'art. 11 che recita: <i>“Il carattere eccezionale della deroga di cui al citato art. 19, comma 11, legge n. 448/2001 esclude la possibilità di estendere la stessa ad altri rapporti di lavoro di tipo convenzionali.”</i>. | Proposta di Legge, Emendamento |

| 5. Formazione dei medici | | |
|---------------------------------|--|--|
| | Proposte | Proposta competenza - strategia |
| | <p>CFSMG e Corso per idoneità MET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consentire ai medici iscritti al CFSMG la frequenza al corso per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale purché tale ulteriore impegno formativo ricada al di fuori degli orari del CFSMG; • in ogni caso, le ore del corso per l'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di emergenza territoriale non sono riconosciute come ore di attività formativa nell'ambito del CFSMG.” | |