

DECRETO-LEGGE 19 MAGGIO 2020, N. 34.
MISURE URGENTI IN MATERIA DI SALUTE, SOSTEGNO AL
LAVORO E ALL'ECONOMIA, NONCHÉ DI POLITICHE SOCIALI CONNESSE
ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19.

Emendamenti e osservazioni della Commissione Salute

Il rilevante intervento su posti letto in terapia intensiva e semi intensiva nasce dalle difficoltà incontrate, fino a metà aprile, dalle strutture ospedaliere nel far fronte all'afflusso di pazienti in condizioni gravissime, situazione che si è evoluta con il progredire delle conoscenze sulla malattia. Oggi il numero dei pazienti ricoverati in terapia intensiva rappresenta il 5% degli ospedalizzati e anche nel caso di una recrudescenza autunnale del contagio – ipotizzato da molti virologi e epidemiologi – non v'è ragione di ritenere che questa proporzione debba tornare a quella registrata nella prima fase della pandemia.

La norma va, comunque, nella direzione di potenziare la risposta della rete ospedaliera ad eventi emergenziali, puntando ad un incremento strutturale delle Terapie intensive e sulla riqualificazione verso le semintensive.

Per le prime è fissato un parametro di 0,14 P.L. ogni mille abitanti, il che comporta, per alcune Regioni un importante incremento della propria offerta.

Al di là delle difficoltà di realizzare i relativi interventi strutturali, la norma è finalizzata ad evitare, per l'avvenire, la sospensione delle attività chirurgiche, resasi necessaria per trasformare le sale operatorie in spazi adatti ad accogliere posti letto in terapia intensiva.

Per quanto concerne i posti letto in terapia semi-intensiva, da realizzarsi mediante riqualificazione, il comma 2 prevede che vengano attrezzati a tale scopo 4225 posti letto di medicina generale e che il 50% di essi abbia caratteristiche impiantistiche tali da poter essere trasformati, alla bisogna, in Terapia Intensiva.

Oggi l'attività di Terapia semi-intensiva non è attualmente codificata come DRG; l'ultimo periodo del comma 2 afferma che tali attività dovranno essere garantite, dal 2021, con le *“risorse umane programmate a legislazione vigente”*, il che porrà un problema nell'erogazione del setting assistenziale richiesto.

Il Comma 4 dispone che i Pronti Soccorso vengano ristrutturati secondo le misure temporanee adottate per far fronte all'emergenza Covid, norma che, al di là delle difficoltà tecniche, coglie esigenze condivisibili. Ma prevede anche che, negli ospedali in cui sono state individuate strutture di ricovero per pazienti covid, venga consolidata *“la separazione dei percorsi, rendendola strutturale”*. Questo, nel caso delle Regioni più coinvolte nel COVID, renderà molto difficile tornare alla normalità.

I dati circa la spesa consentita per il personale e l'incremento delle terapie intensive vanno verificati nella loro correlazione.

Se si vogliono accrescere le capacità di risposta delle strutture ospedaliere consentendo un ritorno alla normalità dell'assistenza a tutti i pazienti portatori di patologie diverse dal covid, occorrerebbe incrementare gli spazi di ricovero e, quindi, rivedere, a livello di legislazione nazionale, i parametri del DM 70.

Si propongono le seguenti proposte emendative:

ART. 1

DISPOSIZIONI URGENTI IN MATERIA DI ASSISTENZA TERRITORIALE

All'art. 1, riformulare come segue il comma 5:

“5. Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità con ruolo di governo nell'ambito dei servizi infermieristici distrettuali, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati COVID-19, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, procedere, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente, ad assumere con contratti di lavoro subordinato, con decorrenza successiva al 14 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, o, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ad acquisire prestazioni di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza successiva al 14 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, di infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte con prestazioni di lavoro autonomo è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni e comunque nei limiti di cui al comma 10.”

Relazione

Le proposte emendative rispondono all'esigenza di privilegiare le assunzioni con rapporto di lavoro subordinato rispetto al conferimento di contratti di lavoro autonomo, in linea con quanto previsto dal decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

All'art. 1, riformulare come segue il comma 7:

“7. Ai fini della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, a supporto delle Unità speciali di continuità assistenziale di cui all'art. 4-bis del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, procedere, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente, ad assumere con contratti di lavoro subordinato, con decorrenza successiva al 14 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, o, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ad acquisire prestazioni di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza successiva al 14 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, di professionisti del profilo di assistente sociale, regolarmente iscritti all'albo professionale, in numero non superiore ad un assistente sociale ogni due Unità per un monte ore settimanale massimo di 24 ore. Per le attività svolte con prestazioni di lavoro autonomo è riconosciuto agli assistenti sociali un compenso lordo orario di 30 euro, inclusivo degli oneri riflessi.”

Relazione

La proposta emendativa, in linea con quanto proposto anche per il comma 5, risponde all'esigenza di privilegiare le assunzioni con rapporto di lavoro subordinato rispetto ai contratti di lavoro autonomo, in linea con quanto previsto dal decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

All'articolo 1, dopo il comma 11 è inserito il seguente:

“11 bis. La Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alle finalità di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale sanitaria e socio-sanitaria territoriale previste dal presente articolo compatibilmente con i rispettivi Statuti, con le relative norme di attuazione e nell'ambito del proprio ordinamento. In

ragione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, la Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste e le Province autonome di Trento e di Bolzano, cui, ai sensi, rispettivamente, dell'articolo 34, comma 3, della legge 3 dicembre 1994, n. 724 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), e dell'articolo 79, comma 4, dello Statuto speciale per la Regione Trentino-Alto Adige, non si applicano i limiti alla spesa di personale previsti dalla legislazione statale, provvedono alle predette finalità anche avvalendosi delle risorse ad esse destinate ai sensi del presente articolo.”

Relazione

La proposta di emendamento è volta ad assicurare la competenza legislativa ed amministrativa regionale e provinciale in particolare per quanto riguarda l'organizzazione della rete assistenziale territoriale e l'autonoma definizione della spesa per il personale del comparto sanitario, mantenendo al contempo le risorse statali destinate alle province per il potenziamento della rete assistenziale.

.....

ART. 2

RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID-19

Art. 2 riformulare il comma 1 come segue

1. Le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica. I piani di riorganizzazione di cui al presente comma, come approvati dal Ministero della salute secondo la metodologia di cui al comma 8, sono recepiti nei programmi operativi di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e sono monitorati congiuntamente, a fini esclusivamente conoscitivi, dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi. Ai fini del presente comma e nel rispetto dei principi di separazione e sicurezza dei percorsi, e' resa, altresì, strutturale sul territorio nazionale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva. Per ciascuna regione e provincia autonoma, tale incremento strutturale determina una dotazione pari a 0,14 posti letto **complessivi di T.I.** per mille abitanti, **concorrendo con i posti già attivati dalla programmazione regionale. Fermo restando l'obbligo della realizzazione, il mantenimento della piena operatività è connesso alla situazione epidemiologica correlata.**

Relazione

Risulta necessario specificare che lo standard indicato del 0,14 posti letto di terapia intensiva per mille abitanti è da ritenersi un valore di riferimento programmatico complessivo, e le regioni sono tenute ad incrementare il differenziale di posti di T.I. rispetto all'attuale dotazione di p.l. fino al raggiungimento del suddetto standard, superando anche lo standard di 3 p.l. per mille abitanti per acuti del D.M. 70/2015, che dovrà essere aggiornato. Inoltre ogni regione dovrà attuare la programmazione con la realizzazione effettiva sia strutturale che tecnologica dei p.l. di T.I. mancanti, pronti ad essere immediatamente attivati per specifiche condizioni epidemiche. L'avvenuta realizzazione dei posti letto aggiuntivi di T.I. non implica, superata la fase emergenziale dell'epidemia, salve diverse indicazioni regionali, l'obbligo del mantenimento della piena ed effettiva operatività di tutti i letti di T.I. incrementati.

.....

Nell'ultimo periodo del comma 1 dell'articolo 2, le parole: “Per ciascuna regione e provincia autonoma,” sono sostituite dalle seguenti: “Per ciascuna regione,” e al termine del periodo aggiungere le parole “La Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alle finalità di cui al presente comma compatibilmente con i

rispettivi Statuti e con le rispettive norme di attuazione, fatto salvo quanto previsto dal comma 15bis.”

Relazione

La proposta di emendamento è volta ad escludere l'applicabilità alla Regione autonoma Valle d'Aosta e alle Province autonome del limite di posti letto ogni mille introdotto dalla norma statale e derivante dall'incremento delle terapie intensive, fermo restando che la Regione autonoma e le province autonome provvederanno comunque a concorrere a tale obiettivo di potenziamento.

All'art. 2, comma 5, secondo periodo, la parola “*assumere*” è sostituita dalla parola “*utilizzare*”.

All'art. 2, comma 5, secondo periodo, dopo le parole “*personale dipendente medico, infermieristico e operatore tecnico*” sono aggiunte le seguenti “*anche attraverso nuove assunzioni*”.

La formulazione dell'articolo 2, comma 5, con gli emendamenti proposti risulta la seguente:

Art. 2

Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19

*5. Le regioni e le province autonome sono autorizzate a implementare i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da COVID-19. Per l'operatività di tali mezzi di trasporto, le regioni e le province autonome possono **utilizzare** personale dipendente medico, infermieristico e operatore tecnico, **anche attraverso nuove assunzioni**, con decorrenza 15 maggio 2020. A tal fine, il limite di spesa regionale per l'anno 2020 è riportato nella colonna 3 della tabella di riparto di cui all'Allegato C, che forma parte integrante del presente decreto.*

Relazione

Le proposte emendative sono finalizzate a consentire alle regioni e province autonome anche l'utilizzo di personale medico, infermieristico e operatore tecnico già in servizio, nonché procedere a nuove assunzioni, per garantire l'operatività dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da COVID-19.

All'art. 2, comma 7, dopo le parole “*anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia*” sono aggiunte le seguenti “*ivi incluso l'ammontare complessivo previsto dall'art. 23, comma 2 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75*”.

All'art. 2, comma 7, ultimo periodo, dopo le parole “*anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale*” sono aggiunte le seguenti “*ivi incluso l'ammontare complessivo previsto dall'art. 23, comma 2 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75*”.

La formulazione dell'articolo 2, comma 7, con gli emendamenti proposti risulta la seguente:

Art. 2

Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19

*7. Per le finalità di cui ai commi 1 e 5 del presente articolo e per le finalità di cui all'articolo 2-bis, commi 1, lettera a) e 5, e all'articolo 2-ter del decreto legge 17 marzo 2020, n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, le Regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa di personale, per l'anno 2020, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia, **ivi incluso l'ammontare complessivo previsto dall'art. 23, comma 2 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75**, nel limite massimo di 240.975.000 euro, da ripartirsi, per il medesimo anno 2020, a livello regionale*

come indicato nelle colonne 3 e 5 della tabella di cui all'allegato C, che forma parte integrante del presente decreto. All'onere di 240.975.000 euro si provvede a valere sul livello finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2020. Nei piani di cui al comma 1, le regioni e le province autonome indicano le unità di personale aggiuntive rispetto alle vigenti dotazioni organiche da assumere o già assunte, ai sensi degli articoli 2-bis e 2-ter del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27. Per le finalità di cui ai commi 1 e 5 del presente articolo, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le Regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa di personale nel limite massimo di 347.060.000 euro, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, **ivi incluso l'ammontare complessivo previsto dall'art. 23, comma 2 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75**, da ripartirsi, a decorrere dall'anno 2021, a livello regionale come indicato nelle colonne 6 e 7 della tabella di cui all'allegato C, che forma parte integrante del presente decreto.

Relazione

Le modifiche inserite al comma 7 intendono chiarire che il finanziamento previsto per gli anni 2020 e 2021, per le finalità di cui ai commi 1 e 5 dell'articolo 2, nonché per le finalità di cui all'articolo 2-bis, commi 1, lettera a) e 5, e all'articolo 2-ter del DL 18/2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, ricomprende anche le componenti accessorie della retribuzione che gravano sui fondi contrattuali, anche al fine di non abbassare il trattamento economico complessivo attualmente in godimento del personale dipendente.

All'articolo 2 dopo il comma 4 è inserito il seguente comma 4 bis:

“4 bis. Al fine di rafforzare l'offerta assistenziale ospedaliera e territoriale necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica COVID 19, le regioni e le province autonome, nell'ambito dei piani di riorganizzazione di cui al comma 1 e dei programmi operativi richiamati dall'articolo 18, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, predispongono specifiche azioni organizzative atte a garantire adeguati livelli di produzione di sangue, emocomponenti e medicinali plasmaderivati, i livelli essenziali di assistenza in medicina trasfusionale e lo sviluppo di attività innovative”.

Conseguentemente:

Il comma 7 dell'art. 2 è modificato come di seguito riportato:

Per le finalità di cui ai commi 1, 4 bis e 5, terzo periodo, del presente articolo e per le finalità di cui all'articolo 2-bis, commi 1, lettera a) e 5, e all'articolo 2-ter del decreto legge 17 marzo 2020, n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, le Regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa di personale, per l'anno 2020, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia, nel limite massimo di 240.975.000 euro, da ripartirsi, per il medesimo anno 2020, a livello regionale come indicato nelle colonne 3 e 5 della tabella di cui all'allegato C, che forma parte integrante del presente decreto.

Il comma 9 dell'art. 2 è modificato come di seguito riportato:

“Per l'attuazione dei commi 1, 2, 3, 4, 4 bis e 5, primo periodo, del presente articolo, per l'anno 2020 è autorizzata la spesa complessiva di 1.467.491.667 euro, di cui 1.413.145.000 euro in relazione a quanto previsto dai commi 1, 2, 4, 4 bis e 5, primo periodo, e 54.346.667 euro in relazione a quanto previsto dal comma 3”.

Relazione

L'impatto della pandemia COVID-19 sul Sistema trasfusionale nazionale ha comportato una significativa riduzione dei livelli regionali di raccolta e produzione di sangue, emocomponenti e plasma destinato alla produzione industriale di medicinali plasmaderivati, rendendo critica anche la gestione delle attività di compensazione interregionale già programmate a favore delle regioni strutturalmente carenti. Questo trend potrebbe confermarsi anche per i prossimi mesi, con l'incognita della carenza estiva che si verifica ogni anno e di una possibile ripresa della pandemia nei mesi autunnali, in concomitanza con le epidemie stagionali legate alla diffusione di altri virus a forte impatto sul sistema della raccolta del sangue come il West Nile Virus e i virus influenzali.

In questo contesto, al Sistema trasfusionale viene richiesto di garantire il supporto non solo alle attività assistenziali ordinarie, ambulatoriali e in regime di ricovero, ma anche l'incremento strutturale dei livelli di assistenza di area intensiva e semi-intensiva previsto all'art.2 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, programmato al fine di fronteggiare in maniera adeguata l'emergenza pandemica da COVID-19 in corso, i suoi esiti ed eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica nei mesi a venire.

L'emendamento proposto è finalizzato pertanto a garantire la sostenibilità dell'autosufficienza nazionale e dei livelli essenziali di assistenza della rete ospedaliera e territoriale nazionale in corso di pandemia COVID – 19, attraverso la definizione di specifiche azioni organizzative destinate al rafforzamento delle filiere produttive regionali e interregionali di sangue, emocomponenti e medicinali plasmaderivati, delle attività di medicina trasfusionale in ospedale e sul territorio e di attività innovative, che le regioni e le province autonome dovranno adottare nell'ambito dei piani di riorganizzazione di cui al comma 1 e dei programmi operativi richiamati dall'articolo 18, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

Osservazioni all'articolo 2, comma 9

Le Regioni ritengono congrua la dimensione economico-finanziaria disposta per il potenziamento strutturale impiantistico e tecnologico delle T.I. e semintensive dal comma 9 per la realizzazione dei commi 1,2,3,4 e 5. Diversamente risulta insufficiente quella prevista a completa copertura dei costi per il potenziamento degli organici. La Regione Lazio ha rilevato che per quanto attiene alla tabella relativa alle quote di ripartizione per "fabbisogno aggiuntivo emergenza territoriale" ci sia una evidente sperequazione nel riparto rispetto ai reali fabbisogni. Si suggerisce che la ripartizione vada calcolata sulla base della popolazione residente nella misura di un mezzo ogni 600.000 abitanti, rispettando il criterio del bacino di utenza.

Da ultimo, i rappresentanti delle regioni richiamano l'attenzione sulla necessità di chiarire la proprietà e/o disponibilità della strumentazione e tecnologia fornita dal commissario straordinario durante la fase epidemica, e attualmente in uso presso gli ospedali, per svolgere una quotidiana attività assistenziale, che mal si configurerebbe con l'attuale indirizzo di un comodato d'uso non ben chiaro nella finalità.

All'articolo 2, dopo il comma 15 è inserito il seguente:

“15bis. La Regione autonoma Valle d’Aosta/Vallée d’Aoste e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alle finalità di riordino della rete ospedaliera previste dal presente articolo, compatibilmente con i rispettivi Statuti, con le relative norme di attuazione e nell’ambito del proprio ordinamento, e, limitatamente alla Regione autonoma Valle d’Aosta/Vallée d’Aoste, anche in relazione alle peculiarità organizzative della rete ospedaliera, che prevede un unico presidio. In ragione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19, la Regione autonoma Valle d’Aosta/Vallée d’Aoste e le Province autonome di Trento e di Bolzano, cui, ai sensi, rispettivamente, dell’articolo 34, comma 3, della legge 3 dicembre 1994, n. 724 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), e dell’articolo 79, comma 4, dello Statuto speciale per la Regione Trentino-Alto Adige, non si applicano i limiti alla spesa di personale previsti dalla legislazione statale, provvedono alle predette finalità anche avvalendosi delle risorse ad esse destinate ai sensi del presente articolo.”

Relazione

La proposta di emendamento è volta ad assicurare la competenza regionale e provinciale per quanto riguarda il riordino della rete ospedaliera, mantenendo al contempo le risorse statali destinate alla Regione autonoma e alle Province autonome per tale finalità.

ART. 7

METODOLOGIE PREDITTIVE DELL'EVOLUZIONE DEL FABBISOGNO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Dopo il comma 2 inseguire il seguente comma 3:

“3. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, nell’ambito delle proprie competenze attribuite dalla legge e, in particolare, per le finalità di interesse pubblico rilevante quali la prevenzione e il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, poiché strettamente correlate alle finalità di cura, con proprio atto, avente natura regolamentare, in aderenza all’art. 2 sexies D.lgs. 196/2003, da adottarsi previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, individuano i dati personali, anche inerenti alle categorie particolari di dati di cui all’articolo 9 del Regolamento UE 2016/679, che possono essere trattati al fine di favorire l’identificazione precoce dei cittadini a rischio di cronicità\fragilità, attraverso la stratificazione della popolazione sulla base del profilo di rischio di fragilità espresso in termini di rischio per problemi di salute.”

Relazione

Le proposte emendative rispondono all’esigenza di promuovere, nelle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, la medicina d’iniziativa quale modello individuato per rispondere efficacemente ai fabbisogni di prevenzione e alla tendenza all’invecchiamento della popolazione (evidenziata dagli studi epidemiologici e demografici), che porta con sé un aumento della prevalenza delle patologie croniche e la modifica della domanda di assistenza.

La medicina d’iniziativa mira quindi sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, e riguarda dunque tutti i livelli del sistema sanitario, con effetti positivi attesi sia per la salute dei cittadini che per la sostenibilità stessa del sistema.

L’obiettivo dell’identificazione precoce di cittadini a rischio di cronicità\fragilità, per definire interventi mirati di medicina di iniziativa, si raggiunge attraverso la stratificazione della popolazione adulta sulla base del profilo di rischio di fragilità, espresso in termini di rischio per problemi di salute la cui ospedalizzazione o progressione sono potenzialmente evitabili, attraverso cure appropriate a livello territoriale.

ART. 10

MODIFICHE AL DECRETO-LEGGE 17 MARZO 2020, N. 18, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 24 APRILE 2020 N. 27

All’articolo 10 è aggiunto l’articolo 10-bis come di seguito riportato:

Art. 10-bis

Modifiche all’articolo 20, comma 11-bis, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75

1. All’articolo 20, comma 11-bis, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, la parola «2019» è sostituita dalla seguente: «2020».

Relazione

L’articolo si propone di superare la irragionevole discrasia presente nel comma 11-bis del D.LGS. 75/2017 rispetto alla formulazione del comma 1 del medesimo articolo 20, relativa al termine per la maturazione di uno dei requisiti per la partecipazione alle procedure di stabilizzazione e di modificare il termine per la maturazione del medesimo requisito, con riferimento alle procedure del comma 2. Ciò in coerenza con la finalità della disposizione speciale per il SSN del comma 11-bis, diretta a fronteggiare la grave carenza di personale e superare il precariato, nonché a garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

ART. 109

SERVIZI DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

All’articolo 109, alla novella sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) nel **comma 1**, dopo le parole: “*dei servizi sanitari differibili*” sono inserite le seguenti: “***dei servizi territoriali di sportello sociale***”;
- b) nel **comma 1**, dopo le parole: “*ove si svolgono normalmente i servizi senza ricreare aggregazione*” sono inserite le seguenti: “***o in qualsiasi altro modo rimodulate, anche in deroga all’articolo 106 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici)***”;
- c) nel **comma 1**, dopo le parole: “*dall’amministrazione competente,*” “***anche a valere per le fasi successive alla sospensione dei medesimi,***”;
- d) dopo il **comma 2** è inserito il seguente:

“2 bis. Durante la sospensione totale o parziale dei servizi di assistenza domiciliare e degli interventi educativi domiciliari, comunque denominati, disposta con ordinanze regionali o altri provvedimenti, le pubbliche amministrazioni sono autorizzate al pagamento dei gestori privati dei suddetti servizi per il periodo della sospensione, sulla base delle risorse disponibili, anche in deroga alle previsioni del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, di una quota del finanziamento originariamente previsto, a copertura delle spese sostenute.”

Relazione

L’emendamento proposto è diretto ad estendere le tipologie di servizi che ricadono nella disciplina statale con la possibilità di valutare, in relazione alla specificità dei singoli casi, anche la rimodulazione dei medesimi, anche a valere sulle fasi successive a quella della sospensione e ciò anche in termini di oggetto e di durata del rapporto contrattuale, in deroga alla normativa sui contratti pubblici. Con l’introduzione del comma 2 bis, inoltre, si specifica che per i servizi socioassistenziali domiciliari (assistenza domiciliare e educativa domiciliare), per il periodo della totale o parziale sospensione disposta da ordinanze regionali, sia prevista la possibilità di corrispondere una percentuale del finanziamento originariamente previsto a copertura delle spese sostenute, anche in deroga alla normativa sui contratti pubblici.

ART. 249

SEMPLIFICAZIONE E SVOLGIMENTO IN MODALITA' DECENTRATA E TELEMATICA DELLE PROCEDURE CONCORSUALI DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

All’articolo 249, alla fine del comma 1, è inserito il seguente periodo “*fatte salve le diverse modalità connesse alle preminenti esigenze del Servizio sanitario nazionale*”.

Relazione

L’inserimento di tale periodo consente di mantenere in vigore le diverse modalità di espletamento dei concorsi connesse alle esigenze del Servizio sanitario nazionale.

ART. 251

MODALITA' STRAORDINARIE DI SVOLGIMENTO DEI CONCORSI PUBBLICI PRESSO IL MINISTERO DELLA SALUTE

All’articolo 251, dopo il comma 1, è inserito il comma 1-bis, come di seguito riportato:

1-bis. Le aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, in relazione alla necessità di garantire la continuità nell'erogazione dei LEA e dei servizi amministrativi e tecnici di supporto durante la fase di emergenza epidemiologica, fino al 31 dicembre 2020, possono bandire concorsi per l'assunzione con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, per titoli ed esame orale, da svolgersi anche in modalità telematica. Al termine del periodo di prova, cui sono soggetti anche coloro che lo abbiano già superato in medesima qualifica e profilo professionale presso altra amministrazione pubblica, l'assunzione è condizionata alla valutazione con esito positivo di un esame teorico-pratico, scritto od orale, sulle materie individuate dai relativi bandi di concorso. Le medesime modalità di espletamento della procedura concorsuale possono essere utilizzate anche per i concorsi pubblici già banditi e le cui prove non siano ancora state espletate a causa della sospensione dei concorsi”.

Relazione

La norma in parola, al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei LEA e dei servizi di supporto, di poter assumere sino al 31 dicembre 2020, personale a tempo indeterminato attraverso procedure semplificate.

SI PROPONE DI INSERIRE IL SEGUENTE ARTICOLO AGGIUNTIVO:

“Art (Criteri di monitoraggio del rischio sanitario)

Al fine del monitoraggio del rischio sanitario, il Ministero della Salute adegua i criteri di cui al decreto ministeriale 30 aprile 2020, sulla base degli esiti della sperimentazione e dell'istruttoria compiuta di intesa con i referenti regionali del sistema di sorveglianza della circolazione SARS-COV2, escludendo comunque dalla rilevazione il parametro RT, che descrive il tasso di contagiosità dopo l'applicazione delle misure atte a contenere il diffondersi della malattia e sostituendolo con il parametro RO, che rappresenta il numero in media di casi secondari di un caso indice o, quando in una Regione il numero di casi positivi confermati settimanali è inferiore a quattordici, con il numero totale di casi confermati settimanali, comparato con il numero di casi della settimana precedente.”.

Relazione

Il Decreto Ministeriale 30 aprile 2020, recante "Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase I alla fase 2A di cui all'allegato I O del DPCM 26/4/2020", ha quale finalità la valutazione del rischio di una ripresa dell'epidemia Covid-19 sia a livello locale, che regionale e nazionale.

Gli uffici hanno evidenziato che tale valutazione si realizza attraverso una combinazione tra probabilità e impatto di una minaccia sanitaria, sulla base dei due algoritmi e della relativa matrice di interconnessione di cui al sopra citato decreto e che si rende necessario realizzare un "cruscotto semplificato di indicatori", di facile lettura e di grande utilità, ovvero costituito da pochi indicatori in grado di rappresentare in maniera appropriata quanto richiesto dagli items degli stessi algoritmi con i quali rilevare il grado di rischio.

La presente proposta mira a consentire la rivisitazione di una parte degli indicatori, sulla base del primo periodo di sperimentazione e con il supporto dei singoli referenti regionali e comunque ad escludere dalla rilevazione il parametro R_t , che descrive invece il tasso di contagiosità dopo l'applicazione delle misure atte a contenere il diffondersi della malattia, di contro includendo il parametro R_0 che rappresenta il numero, in media, di casi secondari di un caso indice. Tale proposta è basata in primo luogo sulla rilevata difficoltà di calcolare l'indice R_t , in quanto necessita della data di insorgenza dei sintomi della malattia, informazione non facilmente e prontamente reperibile e sicuramente non rintracciabile per tutti i casi. In secondo luogo, l'indice R_t non è rappresentativo nella stima di intensità di trasmissione nella popolazione generale in cui si assume che tutti abbiano le stesse probabilità di contrarre l'infezione. Infine è stato evidenziato che tra le difficoltà di calcolo dell'indice R_t va considerato che negli asintomatici, sottoposti a tampone in quanto contatti o nell'ambito delle procedure di sorveglianza sanitaria, la data di insorgenza dei sintomi non può essere rilevata.

SI PROPONE DI INSERIRE IL SEGUENTE ARTICOLO AGGIUNTIVO IN MATERIA DI ASSUNZIONE SPECIALIZZANDI MEDICI:

“Dopo il comma _ dell’articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, sono aggiunti i seguenti:

a) I medici in formazione specialistica, nell’ultimo anno di corso, per i corsi che durano tre o quattro anni, ovvero negli ultimi due anni di corso, per i corsi di durata quinquennale, sono assunti dalle aziende ed enti del servizio sanitario regionale, sono assegnati presso le strutture delle stesse facenti parte della rete formativa e stipulano un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative.

b) Il contratto non può avere durata superiore alla durata residua del corso di formazione specialistica, fatti salvi i periodi di sospensione previsti dall’articolo 24, commi 5 e 6, primo periodo, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e può essere prorogato una sola volta fino al conseguimento del diploma di specializzazione e comunque per un periodo non superiore a dodici mesi. L’interruzione definitiva del percorso di formazione specialistica comporta la risoluzione automatica del contratto di lavoro.

c) I medici specializzandi-lavoratori assunti ai sensi del presente articolo sono inquadrati nel ruolo della dirigenza sanitaria quali dirigenti medici in formazione e al loro trattamento economico, proporzionato alla prestazione lavorativa resa e commisurato alle attività assistenziali svolte, si applicano le disposizioni del contratto collettivo nazionale di lavoro del personale della dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale.

d) Essi svolgono attività assistenziali coerenti con il livello di competenze e di autonomia raggiunto e correlato all’ordinamento didattico di corso, alle attività professionalizzanti nonché al programma formativo seguito e all’anno di corso di studi superato. In particolare, svolgono le attività pratiche e assistenziali in relazione ad un grado di autonomia e responsabilità progressivi, secondo i seguenti livelli:

a) svolgimento diretto di attività assistenziali di base in collaborazione con il personale medico strutturato con progressiva autonomia;

b) svolgimento delle attività specialistiche con progressiva autonomia, dapprima in collaborazione con il personale medico strutturato, fino allo svolgimento di specifiche attività assistenziali affidategli.

e) I medici specializzandi-lavoratori, per la durata del rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato, restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e la formazione specialistica è a tempo parziale in conformità a quanto previsto dall’articolo 22 della direttiva n. 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005.

f) Con specifici accordi tra le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Università interessate sono definite le modalità di svolgimento della formazione specialistica a tempo parziale e delle attività formative teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici della scuola di specializzazione universitaria. La formazione teorica compete alle università. La formazione pratica è svolta presso l’azienda sanitaria o l’ente d’inquadramento, ovvero presso gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, afferenti alla rete formativa universitaria.

g) Nel suddetto periodo gli specializzandi-lavoratori non hanno diritto al cumulo del trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica di cui agli articoli 37 e seguenti del decreto legislativo n. 368 del 1999, fermo restando che il trattamento economico attribuito, con oneri a proprio esclusivo carico dall’azienda o dall’ente d’inquadramento, se inferiore a quello già previsto dal contratto di formazione specialistica, è rideterminato in misura pari a quest’ultimo.

h) Il contratto di lavoro subordinato a tempo determinato non dà diritto all’instaurazione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato con lo stesso, se non interviene una ulteriore procedura selettiva a tal fine dedicata.

i) Le spese per il trattamento economico del personale in parola non sono considerate ai fini del rispetto del limite di spesa di cui all'articolo 11 del DL n.35/2019, convertito con L.n.60/2019.

l) Ove già sussista un rapporto di impiego pubblico, al personale in formazione specialistica non si applicano le precedenti disposizioni.”

Relazione

La legge 145/2018 s.m.i. rappresenta un primo tentativo di dare risposta all'emergenza collegata alla carenza di medici specialisti o disponibili ad accedere al Servizio sanitario regionale, facendo ricorso al medico in formazione specialistica.

Durante l'ultimo o il penultimo anno di frequenza della scuola di specializzazione lo specializzando accede ai concorsi pubblici per l'assunzione presso il Ssr a tempo indeterminato, anticipando così il momento d'accesso all'impiego rispetto a quando conseguirà il diploma, e se risultano verificate tutte le condizioni previste dalla norma, può durante il periodo formativo essere assunto a tempo determinato.

La procedura delineata tuttavia si presenta piuttosto pesante e articolata, non ha una immediata applicazione essendovi previste numerose condizioni, ha un limite temporale di vigenza, e prevede degli step che presuppongono un primo intervento a livello statale (accordo quadro adottato con decreto del Mur) nonché successivi accordi a livello locale tra Regione ed Atenei interessati, che di fatto stanno limitando l'attuazione delle previsioni in pochissime realtà.

Le misure previste dai D.L. emanati per far fronte all'emergenza Covid-19 sono anch'esse limitate nel tempo, risultano eterogenee quanto a tipologie di contratti di lavoro utilizzabili, e remunerano lo specializzando in misura anche superiore a quanto previsto per i medici dipendenti dal relativo CCNL, consentendo la conservazione del trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica in aggiunta alla retribuzione.

In tale quadro risulta necessario intervenire con una disposizione che intervenga sistematicamente affinché tutti gli specializzandi all'ultimo o penultimo anno della scuola di specializzazione risultino utilmente inseriti nel sistema sanitario pubblico e ciò a vantaggio sia della completezza e qualità del percorso formativo che delle necessità assistenziali.

Il testo che si propone risulta analogo a quanto già previsto dalle disposizioni recate dalla L. 145/2018, ma introduce un automatismo nella trasformazione del contratto di formazione specialistica in un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con le aziende ed enti del SSr inseriti nella rete formativa universitaria. Al conseguimento del diploma di specializzazione il rapporto con il SSr cessa.

SI PROPONE DI INSERIRE IL SEGUENTE ARTICOLO AGGIUNTIVO IN MATERIA DI FINANZIAMENTO DELLE BORSE DI STUDIO IN MEDICINA GENERALE PER IL TRIENNIO FORMATIVO 2020-2023:

“Al fine di aumentare il numero di posti per i medici che partecipano ai corsi di formazione specifica di medicina generale di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, le disponibilità vincolate sul Fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1994, n. 325, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1994, n. 467, sono incrementate di 15 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2020. Conseguentemente, il livello del finanziamento

del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di un corrispondente importo a decorrere dall'anno 2020”

Relazione

L'emendamento proposto è diretto ad incrementare la quota del FSN **a partire dal 2020** destinata alla formazione specifica in medicina generale in maniera significativa e sistematica, permettendo alle Regioni di programmare adeguatamente l'attività e lo sviluppo della medicina generale. Si tratta di una integrazione stabile annua del finanziamento di cui al DL 8 febbraio 1988, n. 27, convertito dalla legge 8 aprile 1988, n. 109 come modificato dall'articolo 1, comma 518, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 **pari a 15.000.000 €**.