



CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

DODICESIMA LEGISLATURA

MOZIONE N. 145

TUTELA DELLE MEDICHE DI MEDICINA GENERALE IN GRAVIDANZA E RICONOSCIMENTO DEL RISCHIO PROFESSIONALE. INIZIATIVE NELL'AMBITO DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE (AIR) E IN SEDE NAZIONALE

presentata il 14 luglio 2026 dalle consigliere Ostanel, Luisetto, Sambo, Cendron, Bedin, Lanzarin, Vianello, Martini, Bevilacqua, Mosco e Brescacin

Il Consiglio regionale del Veneto

PREMESSO CHE:

- il medico di medicina generale (MMG) opera nell'ambito del Servizio sanitario nazionale in regime convenzionato ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e dell'Accordo collettivo nazionale (ACN), in attesa di una possibile riforma che aprirebbe anche al rapporto di dipendenza;
- il più recente ACN per la medicina generale, relativo al triennio 2022-2024, recepito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome con intesa, ai sensi dell'accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull' "Ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale", ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - Triennio 2022-2024 (rep. atti n. 1/CSR), pubblicata nella Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana 30 gennaio 2026, n. 24 prevede un sistema di relazioni articolato su più livelli, tra cui quello regionale;
- in particolare, l'articolo 3, comma 4, dell'ACN stabilisce che l'Accordo integrativo regionale (AIR) definisce obiettivi di salute, percorsi e strumenti operativi, nonché le materie demandate alla contrattazione territoriale e rappresenta lo strumento attraverso cui le regioni disciplinano aspetti organizzativi e condizioni operative del lavoro dei MMG, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale;

- con decreto del Direttore generale dell'Area sanità e sociale 8 maggio 2026, n. 13432, la Regione del Veneto ha istituito il Tavolo di negoziazione per la definizione dell'AIR, confermando la piena operatività del livello regionale di contrattazione;

CONSIDERATO CHE:

- secondo dati FNOMCEO (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri) e Ministero della salute, le donne rappresentano oggi circa la metà della popolazione medica e costituiscono la maggioranza nei nuovi ingressi nella professione, con progressiva femminilizzazione anche della medicina generale;
- la letteratura scientifica e le evidenze epidemiologiche mostrano che l'attività medica territoriale comporta rischi quali l'esposizione ad agenti biologici e infettivi (inclusi virus respiratori), contatto ravvicinato e continuativo con pazienti affetti dalle più diverse patologie, condizioni lavorative non sempre controllabili (ad esempio visite domiciliari), eccetera;
- in particolare, studi consolidati (Organizzazione mondiale della sanità, Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, letteratura COVID-19) hanno evidenziato come le lavoratrici sanitarie in gravidanza siano esposte a rischi superiori di complicanze in presenza di infezioni respiratorie e come il contesto assistenziale rappresenti un fattore di rischio professionale;
- tra i rischi più rilevanti per le lavoratrici in ambito sanitario figura il rischio biologico, definito dall'articolo 267 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) come l'esposizione ad agenti biologici - microrganismi, colture cellulari, endoparassiti - in grado di provocare infezioni, allergie o intossicazioni. L'allegato C al testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53 emanato con decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 individua tra le situazioni vietate i "lavori con rischio medio o elevato di esposizione ad agenti biologici potenzialmente infettivi (gruppi di rischio da 2 a 4)";
- l'ambulatorio del MMG è a tutti gli effetti un contesto di elevato rischio biologico: le MMG ricevono quotidianamente pazienti affetti da patologie infettive o potenzialmente trasmissibili - patologie respiratorie, influenzali, esantematiche, gastrointestinali e di altra natura - senza possibilità di selezionare preventivamente chi accede alla struttura;
- il testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53 emanato con decreto legislativo 151/2001 prevede misure di tutela per le lavoratrici gestanti, anche attraverso l'astensione anticipata in caso di lavori a rischio o la modifica delle condizioni di lavoro quando pericolose;
- per esempio, l'Ispettorato nazionale del lavoro (INL), con nota 8 luglio 2025, n. 5944 ha fornito indicazioni operative che riconoscono il rischio biologico come presupposto automatico per l'interdizione dal lavoro delle insegnanti di scuola primaria, stabilendo che per questa categoria "il periodo di astensione dovrà ricomprendere tanto quello della gestazione che quello del puerperio fino ai sette mesi dopo il parto", senza necessità di ulteriori accertamenti. Un'analoga nota, 28 ottobre 2025, n. 8870, ha poi consolidato e ampliato tale orientamento. Lo stesso INL ha riconosciuto che la valutazione del rischio può essere "implicita nella natura stessa della mansione";

- tuttavia, tali strumenti si applicano in modo pieno al lavoro subordinato, mentre le MMG, in quanto libere professioniste convenzionate, non beneficiano di un meccanismo automatico di tutela equivalente;

RILEVATO CHE:

- non esiste, allo stato attuale, un riconoscimento esplicito e uniforme dell'attività del MMG come attività a rischio in gravidanza, nonostante le caratteristiche sopra richiamate;
- ciò determina una disparità di trattamento rispetto ad altre categorie del settore pubblico, per le quali è prevista una più agevole applicazione delle tutele;
- la gestione delle gravidanze tra le MMG è oggi affidata a soluzioni disomogenee (sostituzioni, accordi locali, valutazioni individuali), con incertezza per le professioniste e discontinuità nell'assistenza ai pazienti;
- il tema è oggetto di crescente attenzione sindacale e professionale, anche con ipotesi di iniziative legali volte a colmare la lacuna di tutela;

RILEVATO INOLTRE CHE:

- in diverse regioni, nell'ambito degli accordi integrativi regionali, sono già previste misure organizzative relative alle sostituzioni temporanee, alla continuità assistenziale e alla gestione di situazioni di temporanea indisponibilità del medico, che costituiscono strumenti utilizzabili anche nei casi di gravidanza;
- tali esperienze evidenziano la possibilità di intervenire a livello regionale su aspetti organizzativi rilevanti, pur in assenza di un quadro nazionale uniforme;
- un intervento della Regione del Veneto più strutturato e specificamente orientato alla gravidanza delle MMG può rappresentare un'evoluzione coerente di tali strumenti, rafforzandone l'efficacia e l'equità;

RITENUTO CHE:

- la tutela della maternità costituisce un principio costituzionale (articoli 31 e 37 della Costituzione) e un obiettivo prioritario di salute pubblica;
- la mancata adeguata protezione delle mediche di medicina generale rischia di incidere negativamente sulla sostenibilità della medicina territoriale e sull'attrattività della professione;
- la tutela della maternità nelle professioni sanitarie convenzionate costituisce anche una questione di tenuta del sistema di cure primarie: una MMG costretta a continuare a lavorare nonostante il rischio biologico, o a sospendere l'attività con oneri insostenibili di sostituzione a proprio carico, è una professionista che sperimenta condizioni di lavoro discriminatorie, con effetti negativi sulla continuità assistenziale per i propri assistiti e sull'attrattività della professione per le giovani mediche;
- pur in assenza di competenza diretta sul riconoscimento normativo nazionale del "rischio", la Regione può intervenire concretamente attraverso l'AIR, nell'ambito delle materie organizzative e delle condizioni operative demandate dal livello nazionale, per disciplinare in modo uniforme la sostituzione, la continuità assistenziale e la copertura degli oneri connessi alla sospensione per gravidanza, assumendo anche un ruolo di riferimento a livello nazionale;

impegna la Giunta regionale

- a promuovere, in raccordo con le aziende ULSS e le organizzazioni sindacali di categoria, una ricognizione delle condizioni di lavoro delle mediche di medicina generale in gravidanza nel territorio regionale, al fine di documentare le

situazioni di disagio e di discriminazione e di sostenere, ove opportuno, le istanze delle lavoratrici coinvolte nelle sedi competenti;

- ad aprire, in sede di AIR della medicina generale, un confronto specifico sulla tutela delle in gravidanza, al fine di prevedere una disciplina chiara su sospensione, sostituzione e continuità assistenziale e a prevedere che i costi della sostituzione non gravino integralmente sulla professionista nei casi di sospensione tutelata;

- ad attivarsi formalmente presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, il Ministero della salute e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali affinché sia definita una disciplina nazionale uniforme di tutela per le mediche di medicina generale in gravidanza.
