

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei

senatori CANTÙ, ROMEO, BERGESIO, BIZZOTTO, BORGHESI, Claudio BORGHI, CANTALAMESSA, CENTINAIO, DREOSTO, GARAVAGLIA, GERMANÀ, MARTI, MINASI, MURELLI, PAGANELLA, PIROVANO, POTENTI, PUCCIARELLI, SPELGATTI, STEFANI, TESTOR, TOSATO, SILVESTRO, ZULLO, SATTA, LEONARDI, FALLUCCI, TERNULLO, BERRINO, ZEDDA, MANCINI, MIELI, RUSSO e NOCCO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 25 OTTOBRE 2022

Misure per il potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria

ONOREVOLI SENATORI. – Il presente disegno di legge ha lo scopo di affrontare, non solo nel breve e medio periodo, i rilevanti *vulnus* e le notevoli criticità acuitesi durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19, costituenti altrettanti ostacoli alla piena attuazione del dettato costituzionale in termini di garanzia dei tempi, modi e contenuti delle risposte in materia di salute e di tutela delle fragilità, confacenti all'effettivo bisogno espresso dovute ai cittadini. Si tratta dell'evoluzione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, in specie dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale, accessibili secondo modalità di appropriatezza temporale e sostanziale, in un sistema-Paese dove la compartecipazione alla spesa contempla delle lodevoli eccezioni ancorché sia già pagata dalla fiscalità generale, in ragione dell'intrinseca universalità del diritto fondamentale di cui all'articolo 32 della Costituzione. Il Patto per la salute 2019-2021 ha cercato di indicare il cambio di archetipo anche per il potenziamento della medicina territoriale in linea con i principi della *primary health care* (PHC) definiti a livello europeo sin dal 2018, ma l'accelerazione generata dalle sfide dell'emergenza sanitaria impone di andare « oltre » per realizzare il cambio di passo necessario, di cui dovrà tenere conto l'atto di indirizzo per il rinnovo del contratto collettivo nazionale. Occorre riformare la medicina territoriale con misure innovative di formazione, di tutoraggio e di supporto specialistico, clinico e diagnostico grazie alle nuove tecnologie (cosiddetto *Second Opinion Supporting*). Ed è altresì necessario superare la progressiva deprofessionalizzazione del medico del ruolo unico di assistenza primaria, ridotto essenzialmente a mero riproduttore di ricette, al di là di disquisizioni dogmatiche in ordine ad una eventuale diversa ascrizione tipologica del rapporto di lavoro che lo lega al SSN, posto che il tema è agire per una sua piena valorizzazione e responsabilizzazione secondo competenza e merito, colmando la rilevante carenza quantitativa e qualitativa. L'articolato si propone di affrontare i nodi sin qui irrisolti sia sul versante organizzativo-strutturale che in termini di un importante investimento nel capitale umano e nella formazione, che richiedono di valutare coerente un adeguamento delle prospettive progettuali a missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e di cui al regolamento adottato con decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77. Tali criticità sono approcciate solutoriamente con regole di *governance* e misure di recupero in attrattività della professione, per un riequilibrio quantitativo e qualitativo del rapporto tra

medici e assistiti, sancendo i contenuti qualificanti il nuovo ruolo e riorientando la convenzione per l'applicazione di modelli organizzativi, gestionali e formativi di promozione della salute, della prevenzione, della continuità dell'assistenza e cura, agendo in potenziamento dell'interazione tra territorio e presidio ospedaliero e considerando l'innovazione tecnologica digitale come motore di un effettivo miglioramento. Vale a dire, dando centralità al medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che in prospettiva non deve avere più di 1.000 assistiti (si è consapevoli della quasi utopia al momento del parametro atteso, che non è un limite ma un tendenziale nel quinquennio, portando progressivamente ad una soglia di 60.000 unità su base nazionale il numero complessivo dei medici del ruolo unico di assistenza, integrati con i pediatri di libera), quale garante della continuità assistenziale del paziente e dell'effettiva presa in carico dei suoi bisogni e delle cronicità prevedendo, in accompagnamento alla dotazione ordinaria della strumentazione di primo livello, sistemi di telemedicina e di supporto specialistico diagnostico integrato e financo di carattere logistico, per soddisfare al meglio i bisogni degli assistiti marginalizzando gli accessi inappropriati al pronto soccorso e in generale l'ospedalizzazione non necessaria.

L'evoluzione della medicina territoriale prospettata viene sviluppata con un importante incremento di risorse, da riconoscersi a fronte di contestuali oggettivi miglioramenti degli indici di *performance* e, dunque, non può prescindere da un sistema di valutazione e di controllo degli impieghi e degli esiti non autoreferenziale ma che, grazie a un sistema di *rating* istituzionale (che comprende anche la soddisfazione del paziente e la verifica dell'umanizzazione delle cure), garantisca la possibilità di incidere sia sulla remunerazione che sulla regolazione convenzionale opportunamente aggiornata con adeguati incentivi e disincentivi, che possono arrivare, come *extrema ratio*, anche alla revoca dell'incarico. Un altro aspetto nella correzione e nell'adeguamento normativo, volto ad evitare un'applicazione distonica dagli obiettivi recati dalla missione strategica 6 del PNRR, riguarda le attività del distretto sanitario rivolte al medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta o a rapporto orario, con un necessario riposizionamento delle Case della Comunità e delle centrali operative territoriali a servizio delle patologie croniche. Il distretto infatti – che, nelle intenzioni, deve essere lo snodo tra la medicina del territorio e l'ospedale per la corretta presa in carico dei bisogni dei cittadini – viene a connotarsi come punto fondamentale per il rafforzamento della prevenzione e la continuità delle cure, coinvolgendo e al contempo responsabilizzando tutta la filiera erogativa. Data la natura di libero professionista del medico del ruolo unico di assistenza primaria va da sé che la stessa « scelta e revoca » è un indice di gradimento delle *performance* quand'anche da apportare alle effettive richieste, ancorché non esaudite per carenza di altri colleghi. Conseguentemente, questo indice deve essere monitorato a tutela sia degli assistiti che dei medici. La finalità di minimizzare le inapproprietezze e i consumi sanitari non necessari, financo indotti dall'assistito, deve essere infatti perseguita grazie alla possibilità per il medico di segnalare proattivamente eventuali difficoltà; parimenti, la minimizzazione delle carenze o dei ritardi nelle cure deve essere assicurata tramite l'intervento diretto del distretto, nella sua funzione di tutela e garanzia dei LEA territoriali. Stessa cosa dicasi per il contrasto delle prescrizioni specialistiche ospedaliere inappropriate. Da qui la necessità di modificare l'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che orienti correttivamente il citato decreto ministeriale 77 del 2022, affinché, sempre per esemplificare, le Case della Comunità siano qualificate funzionalmente per dare risposte di prossimità anche nell'area delle cure intermedie ai bisogni sanitari e socio-sanitari dei pazienti cronici, in sinergia e integrazione con le attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria sul versante della domiciliarizzazione appropriata delle cure, attraverso un rafforzamento mirato per classi di fragilità degli interventi domiciliari integrati con quelli di comunità.

Per quanto riguarda la prevenzione, bisogna ammettere che, nonostante le dichiarazioni di principio sempre condivise, essa continua ad essere la « Cenerentola » del sistema, non essendo messa a contratto o a convenzione in tutta la filiera. Tutt'ora relegata essenzialmente in un dipartimento dell'azienda sanitaria locale, è facilmente comprensibile quanto poco interesse abbia a fare prevenzione un erogatore, anche se pubblico, che ha nel suo *core* la produzione, se non vengono inseriti meccanismi di remunerazione e di negoziazione che disincentivino l'inappropriatezza prescrittiva ed erogativa, e al contrario favoriscano la sicurezza e la protezione delle cure. È quindi necessario intervenire e contrattualizzare la prevenzione primaria e secondaria, nonché rimarcare in maniera netta la distinzione tra controllore e controllato.

In questa prospettiva si sviluppano le seguenti direttrici dell'articolato, con misure, anche di tipo congiunturale, agganciate al periodo di attuazione del PNRR e andando a incidere sulle storture amplificate dal contesto emergenziale:

- istituzione della rete territoriale di « Salute Globale » (cosiddetta *One Health*) dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, definita secondo *standard* e parametri collegati al numero di assistiti, oltreché in ragione dei volumi di prestazioni correlate ai LEA di promozione della salute, di prevenzione, assistenza e cura attesi e predefiniti per classi di età e di fragilità;

- modello di presa in carico basato sulla condivisione di azioni, obiettivi e risultati di prevenzione e di cura, nella forma mono o pluriprofessionale, opportunamente aggiornato per tutti i professionisti, definito privilegiando il rapporto di convenzione nonché sviluppando i parametri fondamentali assunti a contenuto minimo assistenziale del nuovo sistema di garanzia dei LEA di prevenzione e medicina territoriale, in una rete di cure di prossimità effettivamente integrata;

- fermo restando la libera scelta del medico da parte dell'assistito e il rapporto fiduciario che così si instaura, previsione di un parametro minimo di impegno professionale settimanale dedicato alle attività di studio e alle cure domiciliari, che si completa con le progettualità individuate dell'ASL territorialmente competente, secondo le priorità individuate quale patto di *governance* finalizzato al rafforzamento della medicina territoriale nel suo complesso. Nelle Case della Comunità, riprogettate adeguatamente, vengono collocate le sedi di riferimento del servizio di continuità assistenziale, promuovendo altresì modelli sperimentali che tengano conto della stratificazione della popolazione per classi di fragilità, investendo in medicina predittiva e personalizzata e qualificandola anche con l'opzione, per il cittadino, di accedere a medici di famiglia esperti delle fragilità geriatriche, nel solco di una visione altamente professionalizzante e vocata ai bisogni dell'età e della non autosufficienza, non solo pediatrica ma anche geriatrica, nonché di strutturale integrazione tra i medici del ruolo unico di assistenza primaria e gli specialisti di riferimento per le aggregazioni funzionali territoriali (AFT).

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Rete di medicina territoriale « Salute Globale » (One Health) di promozione della salute, prevenzione e continuità di assistenza e cura)

1. È istituita la Rete di medicina territoriale « Salute Globale » (*One Health*), di seguito denominata « Rete », composta dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, operanti nelle forme di cui al comma 3. Ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria, in forma singola, associata o aggregata, è garante della continuità di cura dell'assistito secondo principi di prevenzione e di promozione della salute individuale e di cura appropriata.

2. La Rete è integrata con la partecipazione dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali interni e delle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale

(SSN) nonché con il Dipartimento di prevenzione per gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, correlati ai cambiamenti climatici e all'inquinamento atmosferico, e con il Dipartimento di salute mentale per i programmi di *screening* nell'età evolutiva, inclusa la diagnosi precoce delle difficoltà cognitive del bambino e della depressione maggiore tra i ragazzi nella fascia di età compresa tra i 12 e i 18 anni, a sostegno delle famiglie e delle scuole, e le azioni specifiche e gli interventi di prossimità rispetto ai nuovi bisogni e le fragilità emergenti a supporto e tutela delle persone maggiormente a rischio. La Rete aggiorna i modelli e gli *standard* di assistenza distrettuale indicati dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77, secondo quanto previsto dalla presente legge.

3. La Rete è organizzata a livello distrettuale tramite forme organizzative monoprofessionali, denominate « aggregazioni funzionali territoriali » (AFT), che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida e procedure di verifica, nonché tramite le Case della Comunità, che erogano prestazioni assistenziali infradistrettuali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, quali medici del ruolo unico di assistenza primaria, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali, tenuto conto della peculiarità dei territori afferenti il distretto sanitario quali aree metropolitane, aree disagiate o a bassa densità di popolazione e isole minori. La Rete garantisce l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata, per tutti i giorni della settimana e per tutti gli assistiti dei medici, singoli, associati o aggregati. A tal fine, l'apertura degli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta deve essere articolata in modo da garantire, all'interno della AFT di riferimento, l'attività assistenziale dalle ore 8 alle ore 20, dal lunedì al venerdì, per tutti gli assistiti dei medici e pediatri di libera scelta, singoli o associati. La disponibilità dalle ore 20 alle ore 24 è garantita dal medico del ruolo unico ad attività oraria e dal pediatra di libera scelta presso la Casa della Comunità, sede di riferimento dell'AFT, o presso altra sede messa a disposizione dell'azienda sanitaria. Il suddetto modello organizzativo, sulla base di puntuale monitoraggio di garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) della medicina generale e dell'effettività della continuità assistenziale per tutti i cittadini e da personale medico del distretto sanitario, rappresenta lo *standard* minimo di appropriatezza erogativa delle prestazioni assistenziali per quanto riguarda l'accessibilità e la continuità, sia nella prevenzione che nella cura. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della programmazione regionale di un sistema strutturalmente integrato emergenza urgenza, continuità assistenziale e medicina territoriale, assicurano nelle Case della Comunità la continuità dell'assistenza dalle ore 24 alle ore 8, nel fine settimana e nei giorni festivi, anche in ulteriori sedi appositamente individuate.

4. La Rete si integra con il sistema di continuità assistenziale NEA 116117. Le centrali NEA 116117 operano in integrazione con i servizi territoriali di cure primarie secondo principi di appropriatezza, e forniscono al medesimo sistema le informazioni necessarie sull'accesso ai servizi territoriali o alla centrale di telemedicina. La centrale di telemedicina si propone di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'attività di continuità dell'assistenza, in particolare nelle aree remote e in relazione ai soggetti fragili, riducendo gli accessi al pronto soccorso e potenziando la gestione domiciliare, e anche con l'utilizzo della diagnostica decentrata (*point of care*).

5. I medici del ruolo unico di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali interni operano nell'assetto organizzativo definito dalla regione e aderiscono all'Ecosistema dei dati sanitari (EDS) utilizzando il sistema di monitoraggio, di valutazione e di controllo di aderenza ai flussi informativi e di alimentazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179,

convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, secondo le modalità definite dal comma 7 del medesimo articolo 12, nonché delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche, ai sensi dei decreti del Ministro della salute del 18 e del 20 maggio 2022, pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* n. 160 dell'11 luglio 2022.

Art. 2.

(Modificazioni all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. All'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 è sostituito come segue:

« 1. Ai fini dell'implementazione della Rete di medicina territoriale "Salute Globale" (*One Health*), le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definiscono, nell'ambito del distretto sanitario, l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendone l'integrazione con il settore sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e con i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedano forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT). Le AFT condividono, in forma strutturata e individuata dalle aziende sanitarie, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, procedure di verifica e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate "unità complesse di cure primarie" (UCCP), che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, con le altre professionalità sanitarie convenzionate con il SSN, gli infermieri, le professionalità ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Le AFT e le UCCP erogano l'assistenza primaria, per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso personale convenzionato con il SSN. L'assetto fondamentale in cui i soggetti convenzionati operano e la valutazione al fine dell'assegnazione della parte variabile del compenso sono escluse dalle materie oggetto di contrattazione collettiva. Le verifiche delle inadempienze contrattuali sono affidate alla esclusiva responsabilità degli uffici aziendali preposti per legge, integrati da un componente in rapporto di convenzionamento con il SSN. Gli accordi collettivi nazionali disciplinano la materia dell'inadempienza contrattuale, limitatamente alla definizione di un codice di comportamento e alla tipologia di infrazioni e relative sanzioni, e non possono istituire procedure di impugnazione. I rapporti tra il SSN e i medici di medicina generale, per le attività non previste dalle disposizioni di cui al comma 1-*bis* della presente legge, quello tra il SSN e i pediatri di libera scelta e quello tra il SSN e gli specialisti ambulatoriali sono disciplinati da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. I suddetti accordi sono stipulati in base ai seguenti principi:

a) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del SSN, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale;

b) stabilire che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

c) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno, nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;

d) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità in corrispondenza delle quali le regioni possono prevedere un incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni pediatra di libera scelta, nell'ambito dei modelli organizzativi multiprofessionali in cui è prevista la presenza, oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico o altro personale sanitario nonché dello psicologo, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica;

e) definire gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra le medesime e le prestazioni aggiuntive di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza, nell'accesso alle attività incentivate previste dagli accordi integrativi, in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. In ogni caso, il mancato pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione, comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il SSN;

f) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmata; una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali;

g) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni;

h) prevedere che l'accesso alle funzioni dei medici non rientranti nel comma 1-bis del Servizio sanitario nazionale (SSN) avvenga attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e, per i pediatri di libera scelta, secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi collettivi nazionali;

i) disciplinare l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale del SSN secondo graduatorie provinciali alle quali sia consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente al settore a d'interesse, indicando quale luogo di lavoro prioritario le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, gli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta, o altra sede diversa prevista dalla programmazione regionale e nell'ambito degli accordi regionali;

l) regolare la partecipazione dei medici convenzionati a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire conflitti di interesse con le funzioni attribuite ai medici medesimi dai rapporti convenzionali in atto;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione con il SSN possa essere sospesa qualora, nell'ambito dell'integrazione dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali nella organizzazione distrettuale, le aziende sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei inconciliabili con il mantenimento della convenzione;

n) promuovere la collaborazione interprofessionale dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali con i farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il SSN, ai sensi del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153;

o) assicurare la formazione continua integrata tra presidi ospedalieri e ambiti territoriali all'interno dell'orario di servizio dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali interni, anche all'interno dei moduli prestazionali di supporto specialistico, clinico e diagnostico, attraverso contratti con le strutture sanitarie accreditate e convenzionate con il SSN, in particolare gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e le aziende ospedaliere universitarie di riferimento, nonché, anche all'interno del distretto sanitario, con le UCCP, le Case e gli Ospedali di Comunità quali sedi sia per la formazione continua che per la specializzazione universitaria, valorizzando altresì i medici di medicina generale pensionati e pensionandi su base volontaria, ancorché remunerati, con il coinvolgimento dell'ordine dei medici per il controllo dei requisiti di formazione e di iscrizione nel nuovo sistema di programmazione dei fabbisogni e della formazione dei medici di assistenza primaria, secondo principi di indipendenza e terzietà;

p) prevedere che gli accordi integrativi regionali (AIR) e gli accordi attuativi aziendali (AIA) operino nel limite delle vigenti disposizioni di legge e dell'accordo collettivo nazionale »;

b) il comma 1-*bis* è sostituito dai seguenti:

« 1-*bis*. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria ha la responsabilità clinica del rapporto di cura e del percorso di presa in carico dell'assistito e svolge la propria attività professionale di prevenzione, assistenza e cura degli assistiti presso il proprio studio e al domicilio del paziente. L'attività ambulatoriale presso il proprio studio da parte di ogni medico del ruolo unico di assistenza primaria massimalista non può essere inferiore a cinque ore al giorno per cinque giorni alla settimana per singolo medico, e la componente di attività per le visite domiciliari e le attività distrettuali completa il monte orario previsto di 38 ore settimanali. Il medico non massimalista riduce, in proporzione ai propri assistiti, il numero di ore di studio e di attività domiciliari e completa il monte orario settimanale complessivo pari a 38 ore con lo svolgimento di attività distrettuali diurne o notturne.

1-*ter*. La scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito nel rispetto del limite massimo di 1.500 assistiti per medico. Si assume quale rapporto ottimale di distribuzione sul territorio quello di un medico del ruolo unico di assistenza primaria ogni 1.000 assistiti e, come dotazione *standard* per AFT, di un numero di 20 medici del ruolo unico di assistenza primaria ogni 20.000 assistiti. Le regioni possono adottare modelli innovativi territoriali che, tenendo conto della stratificazione della popolazione per classi di fragilità, sviluppino la Rete di medicina territoriale "Salute Globale" (*One Health*) consentendo al cittadino di scegliere un medico del ruolo unico di assistenza primaria che abbia acquisito esperienza, anche attraverso l'attività in residenze sanitarie assistenziali (RSA), in relazione ai bisogni dell'età geriatrica e della non autosufficienza.

1-*quater*. L'accesso al ruolo unico di assistenza primaria avviene attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale per la selezione degli incarichi secondo il rapporto ottimale di un medico ogni 1.000 assistiti all'interno di ciascuna AFT. L'accesso è consentito ai medici forniti dal diploma o dagli attestati di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e ai soggetti che sono in possesso di titolo equipollente, ai sensi dell'articolo 30 del medesimo decreto. Ai medici forniti dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di incarichi, con l'attribuzione di un adeguato punteggio che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma.

1-quinquies. Per quanto non già espressamente disciplinato in materia di assistenza sanitaria di base, le funzioni e le attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria dalle ore 8 alle ore 20 comprendono:

a) la gestione delle patologie croniche con attività di telemedicina e di teleconsulto mediante l'utilizzo di idonee piattaforme informatiche interfacciate sia con sistemi di monitoraggio che di rilevazione dei parametri clinici da remoto, secondo le linee guida ministeriali vigenti in materia con prestazioni di supporto specialistico, clinico e diagnostico erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto con il Servizio sanitario regionale di appartenenza;

b) l'esecuzione di prestazioni diagnostiche di primo inquadramento a integrazione della propria attività;

c) nell'ambito dell'AFT di appartenenza, la copertura dell'attività assistenziale diurna per dodici ore dal lunedì al venerdì, tramite apertura coordinata degli studi;

d) l'attività di prevenzione e promozione della salute, compresa la profilassi vaccinale in prevenzione e risposta a virus, influenzali e non, endemici e pandemici, secondo i programmi vaccinali nazionali e regionali, nonché la gestione dell'isolamento nella presa in carico delle patologie infettive degli assistiti;

e) l'erogazione delle attività correlate agli obiettivi regionali di cui al comma 1-*septies*, lettera g), numero 4), per l'evoluzione del modello delle Case della Comunità di cui alla missione strategica 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), all'interno delle quali sono collocate sedi di riferimento del servizio di continuità assistenziale, favorendo la partecipazione anche degli specialisti interna convenzionati, compreso lo psichiatra e lo psicologo, per quanto concerne attività e interventi di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale dell'età evolutiva, adulta e geriatrica e relativa presa in carico.

1-sexies. Le prestazioni di cui al comma 1-*quinquies* sono individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del presente decreto, e di cui all'articolo 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, quale contenuto minimo assistenziale a carico del medico del ruolo unico di assistenza primaria, non derogabile in convenzione.

1-septies. Il rapporto tra il SSN e i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria operante nella AFT e nella Casa della Comunità è disciplinato, in base alle disposizioni di cui al comma 1 del presente decreto, da apposita convenzione di durata triennale conforme agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. La convenzione disciplina:

a) le modalità di verifica distrettuale tese a garantire, sia a tutela dell'assistito che del professionista, la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno, trascorso un tempo congruo di valutazione, nonché la ricusazione della scelta da parte del medico;

b) per le forme organizzative multiprofessionali che le aziende sanitarie possono adottare, anche per il tramite del distretto sanitario, forme di finanziamento basate sul bilancio previsionale;

c) i compiti, le funzioni e i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste al presente comma;

d) i parametri del sistema di valutazione, di monitoraggio e di controllo delle attività di cui al comma 1-*quinquies*, basato su *standard* e indicatori di qualità, sicurezza e appropriatezza;

e) gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione, strutturata e occasionale, in modo da garantire che le attività esercitate in libera professione non pregiudichino il corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito, o l'esercizio di attività in libera professione al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione, comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il SSN;

f) l'incarico del medico del ruolo unico di assistenza primaria di 38 ore settimanali per l'offerta assistenziale presso il proprio studio, secondo quanto disposto al comma 1-*bis*, per le visite domiciliari e per l'effettuazione di attività in favore del distretto sia diurne che notturne.

g) il compenso, che deve essere adeguato alle risorse finalizzate o vincolate alla realizzazione del potenziamento dell'assistenza primaria di cui alla presente legge, e si compone di:

1) una quota fissa, che rappresenti nel massimo il 60 per cento della retribuzione complessiva per ciascun soggetto iscritto alla lista dei propri assistiti, corrisposta su base annuale, per le attività di cui al comma 1-*quinquies*;

2) una quota per l'assistenza ai pazienti cronici calcolata sulla base del numero di assistiti di età superiore ai 65 anni, riconosciuta a fronte della verifica dell'espletamento delle funzioni di cui al comma 1-*quinquies*, lettera a);

3) una quota per l'indennità di organizzazione del fondo di AFT, comprensiva delle dotazioni di cui al comma 1-*quinquies*, lettera a); detta quota può essere incrementata dalla regione nel limite del 50 per cento;

4) una quota legata agli obiettivi regionali finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di prestazione regionali o aziendali, in merito sia allo sviluppo dei programmi di prevenzione che di marginalizzazione delle inappropriatezze; detta quota può essere incrementata dalla regione nel limite del 50 per cento;

5) una quota legata al numero di ore svolte in favore di attività distrettuali tese al completamento dell'orario settimanale;

h) regola la partecipazione dei medici convenzionati a società o cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

i) prevede le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa qualora, nell'ambito dell'integrazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nella organizzazione distrettuale, le aziende sanitarie del SSN attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione medesima;

l) promuove la collaborazione interprofessionale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali interni con i farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il SSN, in base alle disposizioni di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153.

1-octies. Il mancato rispetto degli adempimenti previsti ai comma 1-*bis*, 1-*quinquies*, 1-*sexies* e 1-*septies* comporta, secondo le tipologie di infrazione e il codice di comportamento di cui al presente comma, l'applicazione di sanzioni secondo il principio di graduazione, in ragione alla gravità dell'inadempimento. Il reiterato mancato rispetto rappresenta motivo di decadenza del rapporto convenzionale. La materia delle inadempienze contrattuali è affidata alla responsabilità esclusiva degli uffici aziendali competenti, integrati da un componente in rapporto di convenzionamento con il SSN. Gli accordi collettivi nazionali disciplinano la materia limitatamente alla definizione di un

codice di comportamento ed alla tipologia di infrazioni e relative sanzioni, e non possono istituire procedure di impugnazione.

1-novies. Le aziende sanitarie locali, in accordo con le rappresentanze sindacali maggiormente rappresentative, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle AFT. ».

Art. 3.

(Misure straordinarie relative alla missione 6 del PNRR per sopperire alla carenza congiunturale di medici convenzionati)

1. Per la realizzazione della Rete secondo la dotazione *standard* di un medico ogni 1.000 assistiti, e del necessario numero di ore della specialistica ambulatoriale interna, sulla base della programmazione regionale, dovendo far fronte alle esigenze straordinarie derivanti dalla carenza di medici, calcolata entro il 31 dicembre 2026, del ruolo unico di assistenza primaria, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali interni secondo i fabbisogni per disciplina, e in considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza per il periodo di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso le aziende sanitarie locali, possono trattenere in servizio, in regime di convenzione, su base volontaria, i medici del ruolo unico di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali che ne facciano richiesta, anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza, per un periodo di un anno, rinnovabile e comunque non oltre il 31 dicembre del 2026 e fino al compimento del settantatreesimo anno di età, verificata l'impossibilità di procedere al reclutamento di medici mediante le procedure ordinarie e, per gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, il raggiungimento del massimale orario previsto. Il mantenimento della convenzione da parte dei suddetti medici cessa dal mese successivo al venir meno dell'esigenza di sopperire alla carenza di personale medico, una volta espletate le procedure di selezione degli incarichi a 38 ore.

2. Al fine di sopperire alle esigenze straordinarie derivanti dalla carenza di medici formati in medicina generale, nelle more di una revisione complessiva del sistema di formazione specifica e di programmazione della distribuzione delle borse di studio, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9 del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, convertito con modificazioni, dalla legge 11 febbraio 2019, n. 12, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali per il ruolo unico del medico dell'assistenza primaria i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione, che abbiano svolto una o più delle seguenti attività nel periodo dal 1° marzo 2020 al 1° marzo 2022, per un totale complessivo di almeno 3.200 ore:

a) servizio presso le unità di continuità assistenziale (UCA), ai sensi del decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;

b) servizio presso aziende sanitarie o da altri enti accreditati presso il SSN nei reparti di pronto soccorso o adibiti alla ricezione di pazienti affetti da SARS-CoV-2. La partecipazione all'assegnazione dei soggetti di cui all'alinea è in ogni caso aggiuntiva alle assegnazioni già previste alla data di entrata in vigore della presente legge. I medici ai quali viene conferito incarico di medico di medicina generale ai sensi del presente comma svolgono, nell'arco dei due anni successivi al conferimento dell'incarico, l'attività didattica prevista, pari a 1.600 ore. In caso di mancato svolgimento dell'attività didattica, l'incarico si intende revocato. Il termine di cui all'articolo 9 del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 febbraio 2019, n. 12, è prorogato fino al 31 dicembre 2026.

3. Al fine di far fronte alle esigenze straordinarie derivanti dalla carenza dei medici del ruolo unico dell'assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta, e in considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale che, ai sensi della normativa vigente, hanno instaurato un rapporto convenzionale a tempo determinato con il SSN o hanno assunto un incarico provvisorio, sono attivate a livello territoriale modalità innovative di tutoraggio, anche all'interno dei moduli prestazionali di supporto specialistico, clinico e diagnostico, da contrattualizzare con le strutture sanitarie accreditate e convenzionato con il SSN, in particolare con gli IRCCS e le aziende ospedaliere universitarie di riferimento, nonché all'interno del distretto sanitario, con le UCCP, le Case e gli Ospedali di Comunità quali sedi sia per la formazione continua che per la specializzazione universitaria, valorizzando altresì i medici di medicina generale pensionati e pensionandi su base volontaria ancorché remunerati in base alla normativa vigente, con il coinvolgimento dell'ordine dei medici per il controllo dei requisiti di formazione e di iscrizione ai corsi di medicina generale, al fine di garantire il supporto continuativo all'attività ambulatoriale svolta, anche ai fini previsti dall'articolo 26, comma 2, lettera d), del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.
4. Al fine di sopperire alle esigenze straordinarie derivanti dalla carenza di medici formati in medicina generale, entro il 31 dicembre 2026, nelle more di una revisione complessiva del relativo sistema di formazione specifica, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali nel ruolo unico del medico dell'assistenza primaria anche i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione, che abbiano svolto le funzioni di medico di assistenza primaria per almeno 1.000 giorni.
5. A decorrere dall'anno 2023 i medici con formazione specifica in medicina generale sono tenuti a prestare servizio presso il SSN per almeno tre anni con contratti in convenzione, partecipando alle procedure di selezione per l'assegnazione degli incarichi di medico del ruolo unico di assistenza primaria sul territorio nazionale. In caso di mancato svolgimento di suddetto servizio, il medico con diploma di formazione specifica in medicina generale è tenuto a restituire l'intero ammontare della borsa di studio percepita.
6. A decorrere dall'anno 2023 i medici specializzati sono tenuti a prestare servizio presso il SSN per almeno tre anni con contratti di lavoro presso gli ospedali o in convenzione specialistica ambulatoriale interna presso le strutture territoriali. In caso di mancato svolgimento di detto servizio, il medico specializzato è tenuto a restituire l'intero ammontare della retribuzione percepita durante la specializzazione.
7. In via residuale, esaurita l'assegnazione delle borse di studio programmate per soddisfare le carenze accertate e comunque non oltre il 31 dicembre 2026, i medici chirurghi specialisti di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, possono partecipare alle procedure di selezione per l'assegnazione degli incarichi di medico del ruolo unico di assistenza primaria sul territorio nazionale.
8. Per il periodo di attuazione del PNRR, e comunque sino al 31 dicembre 2026, gli enti locali provvedono a fornire in comodato d'uso ai medici neoincaricati, per la durata dell'incarico, un luogo idoneo all'esercizio delle funzioni, dotato di spazi, arredi, attrezzature, di sala d'attesa, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione conformi alla legislazione e ai regolamenti vigenti, di strumenti di comunicazione con gli assistiti, di strumenti informatici idonei e necessari per l'esercizio dell'attività di assistenza primaria. Il medico è tenuto a stipulare un'adeguata assicurazione per la copertura dei rischi e a restituire i locali nelle condizioni iniziali. I suddetti luoghi completano la rete di assistenza territoriale di cui alla Missione 6 del PNRR, con l'utilizzo di parte delle risorse assegnate per eventuali riqualificazioni all'uopo necessarie.
9. Per il periodo di attuazione del PNRR e comunque sino al 31 dicembre 2026 i medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria, durante il percorso formativo, possono assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con

il SSN. Il periodo di attività svolto dai medici specializzandi è riconosciuto ai fini del conseguimento del diploma di specializzazione. Le università, ferma restando la durata legale del corso, assicurano il recupero delle attività formative, teoriche e assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

10. Fino al 31 dicembre 2026, al fine di sopperire alla contingente carenza di medici calcolata entro il 31 dicembre 2026, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione, risultati idonei ma non ammessi al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, accedono, senza borsa di studio, al corso triennale medesimo, tramite scorrimento della graduatoria fino a esaurimento dei posti richiesti.

11. Fino al 31 dicembre 2026 i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria e i pediatri di libera scelta possano impiegare nelle attività ausiliare e logistiche di studio i soggetti percettori del reddito di cittadinanza, di cui al decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2019, n. 26.

12. A decorrere dall'anno 2024 l'importo delle borse di studio per la frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale è pari a 1.200 euro mensili. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente comma, pari a 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo sociale per occupazione e formazione di cui all'articolo 18, comma 1, lettera a), del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2.

Art. 4.

*(Norme di garanzia, coordinamento
e adeguamento normativo)*

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Comitato di settore regioni-sanità e autonomie locali approva l'atto di indirizzo di cui all'articolo 47 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai fini della stipulazione dell'accordo collettivo nazionale.

2. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo di cui al comma 1 le parti procedono all'adeguamento dell'accordo collettivo nazionale, nel rispetto delle disposizioni di cui alla presente legge. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo collettivo entro il termine di cui al precedente periodo, il Ministro della salute adotta, entro trenta giorni dalla predetta data, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, un decreto per l'attuazione in via transitoria dei principi contenuti nell'atto di indirizzo di cui al comma 1. Il decreto cessa di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore dell'accordo collettivo nazionale di cui al presente articolo.

3. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono apportate al regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, le disposizioni necessarie all'attuazione della presente legge. Ai fini di cui al primo periodo il suddetto decreto prevede altresì l'inserimento stabile delle competenze fisiatriche nelle strutture di assistenza territoriale definite dal decreto medesimo, in integrazione con le altre professionalità e coadiuvando i medici del ruolo unico di assistenza primaria, in particolar modo nell'area delle patologie disabilitanti croniche.

Art. 5.

(Modalità di finanziamento)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano la realizzazione del potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria di cui

alla presente legge, ad esclusione delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 12, della presente legge, nel quadro delle risorse complessivamente determinate e assegnate ai sensi delle disposizioni vigenti relative al livello di finanziamento del fabbisogno nazionale *standard* cui concorre lo Stato. Per l'attuazione della finalità di cui al presente comma, e in particolare delle disposizioni di cui all'articolo 8, commi 1-*bis* e seguenti del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificati dall'articolo 2 della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore all'1,5 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno nazionale *standard* cui concorre lo Stato, a decorrere dall'anno 2024.