

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei

senatori ZAMPA, ZAMBITO, CAMUSSO, FURLAN, ALFIERI, PARRINI, BASSO, MARTELLA, GIACOBBE, D'ELIA e FINA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 23 MAGGIO 2023

Disposizioni concernenti l'organizzazione dell'assistenza sanitaria primaria

ONOREVOLI SENATORI. – Il Servizio sanitario nazionale (SSN) si basa su tre principi fondamentali, uguaglianza, equità e universalità, e per il raggiungimento di questi obiettivi è richiesto un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema sempre più vicino alla collettività, ideato per e con gli individui. In tale ambito si inserisce l'esigenza di potenziare i servizi assistenziali territoriali per garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA), attraverso la creazione di un modello di erogazione dei servizi omogeneo e condiviso sul territorio nazionale, volto a ridurre le disuguaglianze territoriali. L'assistenza primaria costituisce il primo contatto con il SSN e garantisce « l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita » (Direzione generale della Commissione salute europea, 2014).

Il disegno di legge in esame, pertanto, al fine di potenziare l'assistenza territoriale, a garanzia dei LEA e in attuazione della Missione 6, Componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nonché in linea con quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, prevede un potenziamento della funzione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il SSN.

La riforma si inserisce nel contesto normativo vigente, che affida alla contrattazione di settore (gli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) la disciplina del rapporto di lavoro instaurato tra i medici di medicina generale e le aziende sanitarie per le quali questi ultimi operano. La stessa costituisce, inoltre, uno specifico sviluppo delle disposizioni previste dagli accordi collettivi nazionali vigenti che prevedono, in particolare, l'adesione obbligatoria dei medici di medicina generale all'assetto organizzativo definito dalla regione e alle forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali in cui si realizza l'integrazione con tutti gli altri operatori dell'azienda. Su tale assetto organizzativo sono intervenuti specifici investimenti nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per la realizzazione di sedi e strutture, quali le case di comunità, in cui opereranno anche i medici in rapporto di convezione con il SSN.

Il disegno di legge in esame si pone, dunque, l'obiettivo di definire i principi concernenti le modalità di coinvolgimento dei medici del ruolo unico a ciclo di scelta nel complessivo progetto di implementazione dei nuovi modelli di assistenza territoriale, secondo il cronoprogramma definito. Di seguito, si illustra nel dettaglio la proposta. All'articolo 1, al fine di potenziare l'assistenza territoriale, a garanzia dei LEA, si prevede che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il SSN, debbano garantire trentotto ore settimanali complessive in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) a tempo pieno, così articolate: attività a ciclo di scelta per i propri assistiti, con un impegno massimo di venti ore settimanali (comma 1, lettera a)), e attività orarie (comma 1, lettera b)), per almeno diciotto ore, stabilite dall'azienda sanitaria, dal distretto e dalla casa di comunità in ossequio alle modalità definite dall'accordo collettivo nazionale per obiettivi di cure primarie e tutela della salute pubblica determinati sulla base del quadro epidemiologico, della stratificazione della popolazione di riferimento, della programmazione regionale e dei piani e delle linee di indirizzo nazionali del Ministero della salute. Ne deriva che per effetto della riforma i medici in questione sono tenuti tutti ad assicurare il monte orario complessivo del tempo pieno, in un *mix* tra attività a ciclo di scelta e attività oraria. Le due attività di cui alle

lettere *a*) e *b*), dunque, saranno complementari fra loro rispetto alla prestazione oraria complessiva settimanale delle trentotto ore.

Viene previsto che le attività orarie prestate presso le strutture dell'azienda sanitaria (distretto e/o casa della comunità), ad esempio per campagne di prevenzione, vaccinazioni, assistenza domiciliare, continuità dell'assistenza, telemedicina eccetera, rappresentino un impegno vincolante per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta. Tali attività, a secondo delle loro caratteristiche, possono essere svolte presso la casa della comunità, lo studio del medico di medicina generale, la sede della aggregazione funzionale territoriale (AFT), altri locali individuati dalle autorità sanitarie.

Si prevede che l'accordo collettivo nazionale individui il trattamento economico del medico di medicina generale (attività a ciclo di scelta e attività oraria) e definisca la quota variabile, in misura non inferiore al 30 per cento del compenso complessivo, finalizzato dalle regioni agli obiettivi della programmazione e del PNRR.

Si prevede, sulla base della programmazione regionale, la possibilità che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, volontariamente e in presenza di esigenze delle case della comunità o del distretto, esercitino ulteriori sei ore di attività settimanali libero-professionali, fermo restando il raggiungimento degli obiettivi nell'ambito dell'attività istituzionale.

È prevista la possibilità per le aziende sanitarie locali, in coerenza con la programmazione regionale e a supporto delle iniziative del distretto all'interno delle case di comunità, di assumere medici specialisti in medicina di comunità e cure primarie.

In linea con la nuova rete territoriale, si prevede che gli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta costituiscano le articolazioni di una rete assistenziale nella quale le case della comunità rappresentano i luoghi fisici dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale (comma 6, lettera *a*)).

Si prevede inoltre che i medici svolgano le loro attività sulla base del modello organizzativo delle AFT (comma 6, lettera *b*)).

Viene previsto, a parità di livelli essenziali di assistenza, il riordino delle prestazioni erogate in regime di continuità assistenziale in modo che esse vengano assicurate dalle case della comunità.

In mancanza di sottoscrizione del nuovo accordo collettivo nazionale, che disciplinerà il riordino della medicina generale previsto dalla nuova disciplina, la riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale dovrà essere disciplinata dal decreto del Ministro della salute previsto dal terzo periodo del comma 1 dell'articolo 2.

L'articolo 2 prevede che l'accordo collettivo nazionale sia adeguato ai contenuti della legge entro centottanta giorni dalla data della sua entrata in vigore e che l'accordo medesimo produca effetti dal 1° marzo 2023. In caso di mancata sottoscrizione del nuovo accordo collettivo nazionale entro il termine previsto, la materia sarà disciplinata da un apposito decreto del Ministro della salute, adottato 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 di Bolzano. Inoltre, si stabilisce che la contrattazione decentrata non può modificare le disposizioni, previste dai commi 1, 2, 3, 4 dell'articolo 1, come disciplinate e rese esecutive dall'accordo collettivo nazionale (ACN).

L'articolo 3 apporta alcune modifiche all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che detta i criteri per la definizione degli accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati, per adeguarlo ai contenuti del presente disegno di legge.

In particolare, le lettere da *a*) a *d*) del comma 1 integrano i contenuti delle lettere *b-bis*), *b-ter*), *b-sexies*) e *c*) dell'articolo 8, comma 1, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, prevedendo che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il SSN, prestino la propria attività anche presso le case della comunità.

La lettera *e*) sostituisce la lettera *d*) del medesimo articolo 8, comma 1, ridefinendo la struttura del compenso spettante al medico e prevedendo una quota per numero di scelte, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione, e una quota per ciascuna ora di attività resa. Inoltre, viene prevista una quota variabile, non inferiore al 30 per cento del compenso complessivo, collegata al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dall'azienda sanitaria e dal distretto, sulla base della programmazione regionale, fermo restando lo svolgimento delle trentotto ore settimanali complessive. Alla lettera *f*) si modifica la lettera *h*) dello stesso articolo 8, comma 1, prevedendo che il cosiddetto rapporto ottimale (assistiti per ciascun medico) sia definito non più dagli accordi integrativi regionali, ma dall'accordo collettivo nazionale.

L'articolo 4 modifica il comma 2 dell'articolo 26 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e in particolare sostituisce la lettera *d*), prevedendo che i medici che svolgono il corso di formazione specifica in medicina generale devono svolgere un periodo di formazione, di dodici mesi, da effettuare non più solo presso un medico di medicina generale convenzionato con il SSN, ma anche

in strutture residenziali e semiresidenziali, nonché presso le case della comunità. Inoltre, è previsto che, per affrontare l'attuale problematica della carenza di medici di medicina generale e in attesa di una revisione del sistema di formazione specifica in medicina generale, subordinatamente ai medici in possesso del diploma specifico e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale, si possano assegnare gli incarichi vacanti a laureati in medicina e chirurgia in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale e iscritti al corso di formazione stesso. Si stabilisce, inoltre, che l'attività svolta, sotto la supervisione di un *tutor* di medicina generale e in rapporto funzionale con la casa di comunità di riferimento, dai medici in formazione nell'ambito di tali incarichi è riconosciuta ai fini del conseguimento del diploma. Il recupero delle attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti va, comunque, assicurato dalle regioni, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea vigenti in materia di formazione specifica in medicina generale. Il trattamento economico previsto dall'accordo collettivo nazionale, da sommare alla borsa di studio, va corrisposto ai medici di cui sopra fino alla data di conseguimento del diploma in medicina generale. L'accordo collettivo nazionale medesimo deve disciplinare gli incarichi di cui trattasi, cui si applica, comunque, il massimale di 1.000 scelte durante il periodo di frequenza del corso. Al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, infine, è previsto il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.

L'articolo 5 modifica l'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, inserendo nella struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, oltre ai rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, due componenti nominati dal Ministro della salute, quali parti integranti della struttura stessa.

L'articolo 6 reca la clausola di invarianza finanziaria, prevedendo che all'attuazione della legge si provveda nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, comprese le risorse di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

L'articolo 7 reca la clausola di salvaguardia per le autonomie speciali, prevedendo che le disposizioni della legge si applichino alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e con le relative norme di attuazione, tenuto conto della loro autonomia organizzativa e delle loro peculiarità demografiche territoriali.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Disposizioni in materia di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta)

1. Al fine di potenziare l'assistenza sanitaria territoriale, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, in attuazione della missione 6, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e dei modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale definiti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (SSN), garantiscono trentotto ore settimanali complessive in aggregazioni funzionali territoriali (AFT), a tempo pieno, per lo svolgimento di:

a) per non più di venti ore settimanali, attività a ciclo di scelta e rapporto fiduciario in favore dei propri assistiti, presso i propri studi o quelli di riferimento delle AFT, con un massimale non inferiore a 1.500 assistiti, con compiti e funzioni definiti dall'accordo collettivo nazionale (ACN) adeguato ai sensi dell'articolo 2, comma 1 ;

b) per almeno diciotto ore settimanali, attività orarie definite, in coordinamento tra loro, dall'azienda sanitaria, dal distretto sanitario e dalla casa della comunità, svolte con modalità disciplinate dall'ACN, per obiettivi di cure primarie e di tutela della salute pubblica.

2. Le attività di cui al comma 1, lettera b), sono vincolanti per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e possono essere svolte presso la casa della comunità, lo studio del medico, la sede dell'AFT nonché presso altri locali individuati dalle autorità sanitarie.

3. L'ACN individua il trattamento economico da corrispondere per lo svolgimento delle attività di cui al comma 1, lettere a) e b), e definisce la quota variabile, non inferiore al 30 per cento del compenso complessivo, che le regioni finalizzano al perseguimento degli obiettivi della programmazione regionale e del PNRR.

4. I medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, ove richiesto dalle case della comunità o dal distretto sanitario, possono esercitare ulteriori 6 ore di attività settimanali libero-professionali, fermo restando quanto disposto dal comma 1. L'integrazione oraria di cui al presente comma è disciplinata sulla base della programmazione regionale.

5. Le aziende sanitarie locali, coerentemente con la programmazione regionale, per sostenere le iniziative del distretto sanitario all'interno della casa della comunità, possono assumere medici specialisti in medicina di comunità e cure primarie.

6. Ai fini di cui al comma 1:

a) gli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta costituiscono le articolazioni di una rete nella quale le case della comunità rappresentano i centri di riferimento dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale;

b) i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta svolgono le loro attività sulla base di un modello organizzativo che assume come *standard* di riferimento le AFT.

7. Le prestazioni erogate in regime di continuità assistenziale sono garantite dalle case della comunità nell'ambito del nuovo modello di assistenza territoriale. La riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale è disciplinata dall'ACN o, in mancanza di sottoscrizione, dal decreto di cui al terzo periodo del comma 1 dell'articolo 2 e non deve comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 2.

(Disposizioni in materia di contrattazione collettiva nazionale)

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le parti procedono all'adeguamento dell'accordo collettivo nazionale applicabile alle attività di cui all'articolo 1 ai fini dell'attuazione delle disposizioni della presente legge. L'adeguamento di cui al primo periodo produce effetti a decorrere dal 1° marzo 2023. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo di adeguamento entro il termine di cui al primo periodo, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, provvede all'attuazione, in via transitoria, delle disposizioni della presente legge; il decreto cessa di avere efficacia a decorrere dalla data di applicabilità dell'accordo di adeguamento.

2. Le disposizioni dell'articolo 1, commi 1, 2, 3 e 4, come attuate ai sensi del comma 1 del presente articolo, non sono modificabili dalla contrattazione decentrata.

Art. 3.

(Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

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

a) alla lettera *b-bis*), dopo le parole: « nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire » sono inserite le seguenti: « , sia presso gli studi medici sia presso le case della comunità, »;

b) alla lettera *b-ter*), dopo le parole: « del distretto sanitario » sono inserite le seguenti: « e delle case della comunità »;

c) alla lettera *b-sexies*), dopo le parole: « di attività del distretto » sono inserite le seguenti: « e delle case della comunità »;

d) alla lettera *c*), le parole: « e al domicilio del paziente » sono sostituite dalle seguenti: « , al domicilio del paziente e nelle case della comunità »;

e) la lettera *d*) è sostituita dalla seguente:

« *d*) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota per numero di scelte, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione, e una quota per ciascuna ora di attività resa. La quota variabile, non inferiore al 30 per cento del compenso complessivo, è collegata al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dall'azienda sanitaria e dal distretto, sulla base della programmazione regionale e comunque fermo restando lo svolgimento di trentotto ore settimanali complessive di attività »;

f) alla lettera *h*), le parole: « nell'ambito degli accordi regionali » sono sostituite dalle seguenti: « nell'ambito dell'accordo collettivo nazionale ».

Art. 4.

(Modifica all'articolo 26 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e disposizioni in materia di assegnazione di incarichi a laureati in medicina e chirurgia)

1. Al comma 2 dell'articolo 26 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, la lettera *d*) è sostituita dalla seguente:

« *d*) un periodo di formazione in medicina generale, di dodici mesi, effettuata presso un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, comprendente attività medica

guidata ambulatoriale, domiciliare, nelle strutture residenziali e semiresidenziali nonché presso le case della comunità ».

2. Al fine di fare fronte alla contingente carenza dei medici di medicina generale, nelle more di una revisione complessiva del relativo sistema di formazione specifica, ai laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, sono assegnati gli incarichi convenzionali relativi agli ambiti territoriali vacanti, in via subordinata rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale in forza di altra disposizione. L'attività svolta dai medici in formazione nell'ambito degli incarichi di cui al presente comma è riconosciuta ai fini del conseguimento del diploma ed è svolta con la supervisione di un *tutor* di medicina generale, in rapporto funzionale con la casa di comunità di riferimento. Le regioni, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea vigenti in materia di formazione specifica in medicina generale, assicurano il recupero delle attività formative necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti dall'ordinamento vigente. Ai predetti medici, fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, è corrisposto, oltre alla borsa di studio, il trattamento economico previsto dall'accordo collettivo nazionale di cui all'articolo 2. Con il medesimo accordo è definita la disciplina degli incarichi di cui al presente comma, fermo restando che agli stessi si applica il massimale di 1.000 scelte durante il periodo di frequenza del corso e che l'incarico a tempo indeterminato è conferito al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale.

Art. 5.

(Modifiche all'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412)

1. All'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al secondo periodo, dopo le parole: « di Trento e di Bolzano » sono aggiunte le seguenti: « nonché da due componenti nominati dal Ministro della salute »;

b) al terzo periodo, le parole: « , del lavoro e delle politiche sociali, e della salute » sono sostituite dalle seguenti: « e del lavoro e delle politiche sociali ».

Art. 6.

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. All'attuazione della presente legge si provvede nell'ambito delle risorse umane e strumentali disponibili a legislazione vigente, comprese le risorse di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Art. 7.

(Clausola di salvaguardia)

1. Le disposizioni di cui alla presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e con le relative norme di attuazione, tenuto conto della loro autonomia organizzativa e delle loro peculiarità demografiche territoriali.