

Disposizioni concernenti l'attività, lo stato giuridico e il trattamento dei medici di medicina generale C. 2218 Benigni – Assegnato alla Commissione Affari sociali in sede referente – Nominato relatore On. Roberto Bagnasco.

Nella seduta del 24.2.26 la Commissione ha iniziato l'esame del provvedimento. Si riporta di seguito il testo integrale del resoconto. “Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che, secondo quanto stabilito dalla Giunta per il Regolamento, i deputati possono partecipare alla seduta odierna in videoconferenza, non essendo previste votazioni. **Roberto BAGNASCO (FI-PPE), relatore, fa presente che la proposta di legge di cui la Commissione avvia oggi l'esame, è volta a riformare l'attività, lo stato giuridico e il trattamento dei medici di medicina generale, con il particolare intento di definire i principi concernenti le modalità di coinvolgimento dei medici del ruolo unico a ciclo di scelta nel complessivo progetto di attuazione dei nuovi modelli di assistenza territoriale previsti dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, adottato nell'ambito della Missione 6, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).**

La proposta di legge si compone di 8 articoli. L'articolo 1, composto da nove commi, stabilisce il numero di ore settimanali complessive che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (SSN) sono chiamati a svolgere, nonché le relative modalità di organizzazione.

In particolare, il comma 1 prevede che, al fine di potenziare l'assistenza territoriale, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, in attuazione della Missione 6, Componente 1, del PNRR e dei modelli e degli *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN definiti dal regolamento di cui al decreto n. 77 del 2022, i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il SSN, in regime di parasubordinazione, garantiscono 38 ore settimanali complessive in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) a tempo pieno per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e rapporto fiduciario in favore dei propri assistiti, presso i propri studi o quelli di riferimento dell'AFT, e di attività orarie definite, in coordinamento tra loro, dall'azienda sanitaria, dal distretto sanitario e dalla casa della comunità, svolte con modalità disciplinate dall'accordo collettivo nazionale, per obiettivi di cure primarie e di tutela della salute pubblica, determinati sulla base del quadro epidemiologico, della stratificazione della popolazione di riferimento, della programmazione regionale nonché dei piani e delle linee di indirizzo nazionali del Ministero della salute. **Secondo il disposto del comma 2, le attività di cui**

al comma 1 comportano il seguente impegno orario: per medici con un massimale di assistiti non inferiore a 1.500, almeno 20 ore per le attività a ciclo di scelta e almeno 18 ore per le attività di assistenza primaria ad attività oraria; per i medici con un massimale di assistiti non inferiore a 500 e non superiore a 1.500, almeno 15 ore per le attività a ciclo di scelta e le rimanenti ore a completamento delle 38 ore settimanali complessive per le attività di assistenza primaria ad attività oraria; per i medici con un numero di assistiti non superiore a 500, almeno 10 ore per le attività a ciclo di scelta e le rimanenti ore a completamento delle 38 ore settimanali complessive per le attività di assistenza primaria ad attività oraria. Il comma 3 prevede che, nelle modalità di organizzazione e nell'articolazione oraria delle attività assistenziali di cui ai commi 1 e 2, si debba tenere conto delle esigenze epidemiologiche e stagionali della popolazione di riferimento del territorio.

Al comma 4 è stabilita la vincolatività per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta dello svolgimento delle attività orarie quali progetti di salute, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, piano assistenziale individualizzato, campagne di prevenzione, vaccinazioni, assistenza domiciliare, continuità dell'assistenza, telemedicina, attività di studio e ricerca, al fine di promuovere la medicina d'iniziativa. Si precisa altresì che, a seconda delle loro caratteristiche, possono essere svolte presso la casa della comunità, lo studio del medico di medicina generale, la sede dell'AFT nonché presso altri locali individuati dalle autorità sanitarie, secondo le modalità organizzative, definite dall'AFT di riferimento in raccordo con il distretto sanitario e la casa della comunità, per raggiungere gli obiettivi di salute fissati dall'azienda sanitaria locale.

Il comma 5 demanda all'Accordo collettivo nazionale (ACN) il compito di individuare il trattamento economico da corrispondere per lo svolgimento delle attività a ciclo di scelta e ad attività oraria e definisce la quota variabile, non inferiore al 30 per cento del compenso complessivo che le regioni finalizzano al perseguimento degli obiettivi della programmazione e del PNRR.

Secondo il disposto del comma 6, i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, in presenza di esigenze della casa della comunità o del distretto sanitario, su base volontaria, possono esercitare ulteriori sei ore di attività settimanali libero-professionali, fermo restando il raggiungimento degli obiettivi da conseguire nell'ambito dell'attività istituzionale. L'integrazione oraria di cui al presente comma è disciplinata sulla base della programmazione regionale. Il comma 7 stabilisce che le aziende sanitarie locali (ASL), 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.

Il comma 8 precisa che, ai fini dell'attuazione della nuova rete territoriale da realizzare con le risorse del PNRR e del SSN: 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 luoghi fisici dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale ai sensi del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022; 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. Le AFT possono assumere una delle forme giuridiche previste per l'esercizio di attività professionali.

Il comma 9 specifica che le prestazioni erogate in regime di continuità assistenziale sono oggetto di riordino al fine di essere assicurate, a parità di livelli essenziali di assistenza, dalle case della comunità nell'ambito del nuovo modello di assistenza territoriale. La riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale è disciplinata dall'accordo collettivo nazionale 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. L'articolo 2, composto da due commi, detta disposizioni in materia di contrattazione collettiva nazionale. **In particolare, il comma 1 stabilisce che, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della proposta di legge in esame, 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. 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 Stato-regioni, con proprio decreto, provvede all'attuazione, in via transitoria, delle disposizioni del provvedimento in discussione. Il decreto cessa di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore dell'accordo di adeguamento.**

Il comma 2 esclude la possibilità di modificare, da parte della contrattazione decentrata, le disposizioni dell'articolo 1, commi 1, 2, 4 e 6, come attuate ai sensi del comma 1 dell'articolo 2. **L'articolo 3, composto da un unico comma, modifica l'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992 che individua i criteri per la definizione degli accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta).**

Come riportato dalla relazione illustrativa, tali modifiche sono volte a prevedere che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il SSN, svolgano la loro attività anche presso le case della comunità, prevedendo una nuova definizione dei criteri per il compenso del medico. In particolare, viene stabilito che tale compenso è composto da: una quota per numero di scelte, corrisposta su base annuale in relazione alle

funzioni stabilite in convenzione; una quota per ciascuna ora di attività svolta; una quota variabile legata al conseguimento degli obiettivi definiti dall'azienda sanitaria locale e dal distretto sanitario, in base alla programmazione regionale fermo restando lo svolgimento di attività per un numero complessivo di 38 ore settimanali; tale quota non deve essere inferiore al 30 per cento del compenso complessivo. Si prevede altresì che il rapporto ottimale (rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio ed abitanti residenti) sia definito direttamente dall'accordo collettivo nazionale e non più, come disposto dal testo vigente, nell'ambito degli accordi regionali. **L'articolo 4, composto da due commi, reca disposizioni relative al corso di formazione specifica in medicina generale e all'assegnazione di incarichi ai laureati in medicina e chirurgia iscritti a tale corso. In particolare, il comma 1 sostituisce la lettera d) dell'articolo 26, comma 2, del decreto legislativo n. 368 del 1999, stabilendo che il corso di formazione specifica in medicina generale deve prevedere un periodo di formazione in medicina generale, della durata di dodici mesi, da svolgere presso un medico di medicina generale convenzionato con il SSN, che incluse attività medica guidata ambulatoriale, domiciliare, nelle strutture residenziali e semiresidenziali e presso le case della comunità.**

Il comma 2 prevede, al fine di far fronte alla carenza di medici di medicina generale, l'assegnazione di incarichi convenzionali vacanti a laureati in medicina e chirurgia, in possesso dell'abilitazione professionale e iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale. Tale assegnazione avviene, in ogni caso, in via subordinata rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri aventi diritto all'inserimento nella graduatoria regionale. Inoltre, stabilisce che tale attività, svolta dai medici assegnati ai posti vacanti sotto la supervisione di un *tutor* di medicina generale, sia riconosciuta ai fini del conseguimento del diploma. In aggiunta, il comma prevede che il recupero delle attività formative necessarie al raggiungimento degli obiettivi previsti dall'ordinamento vigente sia assicurato dalle regioni. Ai medici assegnati ai posti vacanti è, poi, corrisposto il trattamento economico previsto dall'accordo collettivo nazionale di cui all'articolo 2 fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica, in aggiunta alla borsa di studio da loro percepita. Il medesimo accordo collettivo nazionale di cui all'articolo 2, inoltre, disciplina gli incarichi in esame comunque prevedendo il massimale di 1.000 assistiti durante il periodo di frequenza del corso. Infine, il comma stabilisce che, al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, l'incarico è conferito a tempo indeterminato. **L'articolo 5, composto da un unico comma, modifica l'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, il quale istituisce la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, la quale rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale. In particolare, la**

lettera a) modifica la composizione della struttura aggiungendovi due componenti nominati dal Ministro della salute. Dunque, la lettera b) adegua conseguentemente la composizione della delegazione di parte pubblica, prevedendo la partecipazione alla struttura tecnica, come composta in base alle modifiche di cui alla lettera a), del presente comma, dei soli rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze e del lavoro e delle politiche sociali. L'articolo 6 introduce, in sede di prima applicazione della proposta di legge in esame, la facoltà di optare per la permanenza in servizio o per l'accesso anticipato alla pensione (di vecchiaia o anticipata) con corrispondente riduzione del requisito anagrafico previsto. Tale facoltà è riconosciuta ai medici di medicina generale in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge ai quali mancano non più di cinque anni per il collocamento a riposo. L'articolo 7 dispone che all'attuazione del provvedimento in esame si provvede con le risorse disponibili a legislazione vigente, garantendone quindi la neutralità finanziaria. Si richiamano espressamente le risorse previste dall'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 (legge di bilancio 2022), destinate all'assunzione di personale aggiuntivo del SSN necessario per il potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso l'implementazione di *standard* organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). L'articolo 8, infine, reca la clausola di salvaguardia per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano. Marianna RICCIARDI (M5S) avverte che il proprio gruppo intende presentare una proposta di legge sulla materia oggetto del provvedimento in esame. Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta”.