

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2218

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BENIGNI, CAPPELLACCI, PATRIARCA

Disposizioni concernenti l'attività, lo stato giuridico
e il trattamento dei medici di medicina generale

Presentata il 29 gennaio 2025

ONOREVOLI COLLEGHI! — 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 nel 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», se-

condo la definizione data, nel 2014, dalla Direzione generale della Commissione europea per la salute e i consumatori (DG SANCO).

La proposta 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, in corso di compiuta definizione, 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 na-

zionali 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 cui trattasi 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 PNRR per la realizzazione di sedi e strutture, quali le case di comunità, in cui opereranno anche i medici in rapporto di convenzionamento con il SSN. La proposta 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 attuazione dei nuovi modelli di assistenza territoriale secondo il cronoprogramma definito.

Le disposizioni proposte prevedono che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta siano tenuti a garantire 38 ore settimanali complessive a tempo pieno, introducendo un generale ripensamento della prestazione di lavoro degli stessi medici con importanti conseguenze sulla struttura stessa della retribuzione.

In particolare, l'attività esercitata a tempo pieno è così articolata: attività a ciclo di scelta, per un massimo di venti ore settimanali, e attività orarie, per almeno diciotto ore settimanali, stabilite dall'azienda sanitaria locale, dal distretto sanitario e dalla casa della 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.

I medici sono tenuti, pertanto, ad assicurare il monte orario complessivo del tempo pieno. Le due tipologie di attività, dunque, saranno complementari fra loro rispetto alla prestazione oraria complessiva settimanale delle 38 ore.

Il modello di bilanciamento delineato (attività a ciclo di scelta e attività oraria) comporta il passaggio da un sistema remunerativo basato su una componente fissa e una variabile, derivante per lo più dalla quota capitaria, a un sistema di retribuzione basato sempre su una componente fissa e una variabile, quest'ultima calcolata in base alle ore di attività. I medici in questione percepiranno, dunque, un trattamento economico di base tra loro analogo e una quota variabile che, complessivamente, dovrà essere pari almeno al 30 per cento. Gli oneri finanziari derivanti dalla disposizione dovranno pertanto essere stimati con riferimento al nuovo criterio remunerativo, non più incentrato sulla quota capitaria, bensì riferito all'impegno orario del tempo pieno, pari a 38 ore, da rendere obbligatoriamente. Dunque, il nuovo sistema garantisce una retribuzione fissa di base a tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che, invece, nell'attuale meccanismo remunerativo, percepiscono trattamenti economici differenziati in base al numero di assistiti.

Di seguito, si illustra nel dettaglio la proposta di legge che si compone di otto articoli:

L'articolo 1, al fine di potenziare l'assistenza territoriale e a garanzia dei LEA, prevede che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il SSN, in regime di parasubordinazione, devono garantire 38 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 20 ore settimanali (comma 1, lettera *a*)), e attività orarie (comma 1, lettera *b*)), per almeno 18 ore, stabilite dall'azienda sanitaria locale, dal distretto sanitario e dalla casa della 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. L'articolazione delle ore da dedicare alle attività di cui alle lettere *a*) e *b*) del comma 1 è differenziata sulla base del numero di assistiti (comma 2, lettere *a*), *b*) e *c*)). Per effetto della riforma i medici in questione sono tenuti, tutti, ad assicurare comunque il monte orario complessivo del tempo pieno, suddiviso tra attività a ciclo di scelta e attività oraria. Le due attività di cui alle lettere *a*) e *b*) del comma 1, dunque, saranno complementari tra loro rispetto alla prestazione oraria complessiva settimanale delle 38 ore. Al comma 3 si prevede che le modalità di organizzazione e l'articolazione oraria delle attività assistenziali debbano tener conto delle esigenze epidemiologiche e stagionali della popolazione del territorio di riferimento. Al comma 4 si prevede che le attività orarie prestate presso le strutture dell'azienda sanitaria locale, del distretto sanitario e della casa della comunità, di cui alla lettera *b*) del comma 1, 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 sono organizzate dal distretto e dalla casa della comunità in raccordo con l'AFT di riferimento. Tali attività, a seconda delle loro caratteristiche, possono essere svolte presso la casa della comunità, lo studio del medico, la sede della AFT e altri locali individuati dalle autorità sanitarie. Le modalità organizzative per il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dall'azienda sanitaria locale sono definite dall'AFT di riferimento in raccordo con il distretto sanitario e la casa della comunità. Il comma 5 prevede che l'accordo collettivo nazionale individui il trattamento economico del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (attività a ciclo di scelta e attività oraria) e definisce la quota variabile, in misura non inferiore al 30 per cento del compenso complessivo, finalizzato dalle

regioni agli obiettivi della programmazione e del PNRR. Il comma 6 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 sanitario, esercitino ulteriori sei ore di attività settimanali libero-professionali, fermo restando il raggiungimento degli obiettivi nell'ambito dell'attività istituzionale. Il comma 7 prevede la possibilità per le aziende sanitarie locali, in coerenza con la programmazione regionale e a supporto delle iniziative del distretto sanitario all'interno delle case di comunità, di assumere medici specialisti in medicina di comunità e cure primarie. Il comma 8, in linea con la nuova rete territoriale disciplinata dal citato regolamento di cui al decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022, da realizzare con le risorse del PNRR e del SSN, prevede che gli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta costituiscano le articolazioni (*spoke*) di una rete assistenziale nella quale le case della comunità (*hub*) rappresentino i luoghi fisici dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale (comma 8, lettera *a*)). Si prevede, inoltre, che tali medici svolgano le loro attività sulla base del modello organizzativo delle AFT, che possono assumere una delle forme giuridiche previste dalla vigente normativa in materia (comma 8, lettera *b*)). Con il comma 9 si prevede, 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, come previsto dal citato regolamento di cui al decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022. 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 reca disposizioni in materia di contrattazione collettiva nazionale. Il

comma 1 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 2025. 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 e previa intesa con la Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Inoltre, il comma 2 stabilisce che la contrattazione decentrata non può modificare le disposizioni previste dai commi 1, 2, 4 e 6 dell'articolo 1, così come disciplinate e rese esecutive dall'accordo collettivo nazionale;

L'articolo 3 reca modifiche all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992, che detta i criteri per la definizione degli Accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati, per adeguarlo ai contenuti della presente proposta 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 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 locale e dal distretto sanitario, sulla base della programmazione regionale, fermo restando lo svolgimento delle 38 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 semi-residenziali, nonché presso le case della comunità. Il comma 2 prevede 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 della 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 disposizioni transitorie finalizzate a introdurre, per i 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, la facoltà di optare per l'accesso anticipato alla pensione o per la permanenza in servizio con le nuove disposizioni introdotte dalla legge;

l'articolo 7 reca la clausola di invarianza finanziaria, prevedendo che all'at-

tuazione 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. Si prevede, inoltre, che le risorse degli accordi integrativi regionali vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge concorrono a garantire, nell'ambito della contrattazione decentrata, la salvaguardia transitoria dei saldi di spesa derivanti dalle nuove disposizioni e i livelli retributivi locali dei medici in servizio alla medesima data di entrata in vigore della presente legge;

l'articolo 8 reca la clausola di salvaguardia per le autonomie speciali, prevedendo che le disposizioni 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.

PROPOSTA 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 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 degli *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (SSN) 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 SSN, in regime di parasubordinazione, garantiscono 38 ore settimanali complessive in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) a tempo pieno per lo svolgimento di:

a) attività a ciclo di scelta e rapporto fiduciario in favore dei propri assistiti, presso i propri studi o quelli di riferimento della AFT;

b) 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.

2. Le attività di cui al comma 1 comportano il seguente impegno orario:

a) per medici con un massimale di assistiti non inferiore a 1.500, almeno 20 ore per le attività di cui alla lettera a) del comma 1 e almeno 18 ore per le attività di cui alla lettera b) del medesimo comma 1;

b) per i medici con un massimale di assistiti non inferiore a 500 e non superiore a 1.500, almeno 15 ore per le attività di cui alla lettera *a)* del comma 1 e le rimanenti ore a completamento delle 38 ore settimanali complessive per le attività di cui alla lettera *b)* del medesimo comma 1;

c) per i medici con un numero di assistiti non superiore a 500, almeno 10 ore per le attività di cui alla lettera *a)* del comma 1 e le rimanenti ore a completamento delle 38 ore settimanali complessive per le attività di cui alla lettera *b)* del medesimo comma 1.

3. Le modalità di organizzazione e l'articolazione oraria delle attività di cui ai commi 1 e 2 tengono conto delle esigenze epidemiologiche e stagionali della popolazione di riferimento del territorio.

4. Le attività di cui al comma 1, lettera *b)*, 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, sono vincolanti per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e, 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. Le modalità organizzative per raggiungere gli obiettivi di salute fissati dall'azienda sanitaria locale sono definite dall'AFT di riferimento in raccordo con il distretto sanitario e la casa della comunità.

5. 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 e del PNRR.

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, pos-

sono esercitare ulteriori 6 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.

7. 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.

8. Ai fini dell'attuazione della nuova rete territoriale da realizzare con le risorse del PNRR e del SSN:

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 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;

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. Le AFT possono assumere una delle forme giuridiche previste per l'esercizio di attività professionali.

9. 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.

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 2025. 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 fra 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 entrata in vigore dell'accordo di adeguamento.

2. Le disposizioni dell'articolo 1, commi 1, 2, 4 e 6, 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 locale e dal distretto sanitario, sulla base della programmazione regionale e comunque fermo restando lo svolgimento di 38 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 della 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. Al comma 9 dell'articolo 4 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 inserite 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.

(Disposizioni transitorie)

1. In sede di prima applicazione della presente legge, i medici di medicina generale in servizio alla data della sua entrata

in vigore, i quali maturano i requisiti per il collocamento a riposo entro cinque anni dalla medesima data, possono accedere, a domanda, alla pensione di vecchiaia o alla pensione anticipata con corrispondente riduzione del requisito anagrafico previsto.

Art. 7.

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. All'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge si provvede 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. Le risorse degli accordi integrativi regionali vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge, concorrono a garantire, nell'ambito della contrattazione decentrata, la salvaguardia transitoria dei saldi di spesa derivanti dalle presenti disposizioni e a garantire i livelli retributivi locali dei medici in servizio alla medesima data di entrata in vigore.

Art. 8.

(Clausola di salvaguardia per le autonomie speciali)

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

