

BOZZA DECRETO-LEGGE DI RIORDINO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA TERRITORIALE, DELLA MEDICINA GENERALE E DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA, AL FINE DI GARANTIRE LA PIENA OPERATIVITÀ DELLE CASE DELLA COMUNITÀ

Art. 1
Oggetto e finalità

1. Il presente decreto reca disposizioni urgenti per assicurare la piena operatività delle Case della Comunità e degli altri modelli organizzativi previsti dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 (di seguito "DM 77"), il rafforzamento dell'assistenza primaria territoriale e l'integrazione della medicina generale e della pediatria di libera scelta nella rete dei servizi territoriali, in coerenza con gli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza e con lo stesso DM 77. Il decreto è finalizzato a:
 - a) garantire una quota minima di attività dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta nelle Case della Comunità;
 - b) assicurare l'effettiva copertura delle funzioni territoriali strutturate;
 - c) mantenere la convenzione quale canale prioritario di accesso alla medicina generale e alla pediatria di libera scelta;
 - d) consentire il ricorso complementare al rapporto di lavoro dipendente nei casi di incarichi vacanti, carenze assistenziali o fabbisogni, definiti dalla programmazione regionale, non soddisfatti attraverso il canale convenzionale;
 - e) indirizzare l'Accordo Collettivo Nazionale per il triennio 2025/2027 (di seguito "ACN 2025-27") alla revisione degli obblighi organizzativi, del debito orario, della remunerazione e dei modelli di presa in carico.
2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto è avviato il procedimento di adeguamento degli Accordi collettivi nazionali della medicina generale e pediatria di libera scelta.
3. A partire da sei mesi dalla sottoscrizione dell'ACN 2025/27 non hanno più validità i vigenti Accordi integrativi regionali, fatto salvo quanto previsto dal comma 6 dell'art. 3.

Art. 2
Convenzione prioritaria e attività obbligatoria nelle Case della Comunità

1. La medicina generale e la pediatria di libera scelta sono esercitate prioritariamente nell'ambito del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale.
2. Il rapporto di lavoro dipendente costituisce canale residuale e complementare, selettivo e programmato, attivabile dalle Regioni e dalle Province autonome per la copertura degli incarichi vacanti non assegnati attraverso il canale convenzionale, delle funzioni territoriali strutturate e dei fabbisogni assistenziali non soddisfatti.
3. I medici di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta partecipano alla rete territoriale dei servizi e assicurano una quota minima di attività presso le Case della Comunità e gli altri modelli organizzativi previsti dal DM 77.
4. I medici di assistenza primaria a ciclo di scelta non già assoggettati al debito orario previsto dall'Accordo collettivo nazionale per

il ruolo unico dell'assistenza primaria, nonché i pediatri di libera scelta, assicurano una quota oraria di attività presso le Case della Comunità e presso gli altri modelli organizzativi previsti dal DM 77, pari almeno a sei ore settimanali per quarantotto settimane all'anno.

5. Fermo restando il valore minimo della quota oraria di cui al comma 4, la programmazione regionale può disporre l'incremento in relazione al numero degli assistiti, all'integrazione nelle Case della Comunità e negli altri modelli organizzativi previsti dal DM 77, nonché in ragione della densità abitativa, della collocazione in aree interne o montane, della carenza assistenziale e degli indicatori di cronicità, fragilità e bisogno territoriale.

Art. 3

Adeguamento dell'Accordo collettivo nazionale 2025/2027

1. L'ACN 2025/27 della medicina generale e della pediatria di libera scelta recepisce e attua gli indirizzi strategici del presente decreto.
2. L'Accordo collettivo nazionale disciplina, in particolare:
 - a) le modalità di impiego del debito orario minimo per l'attività nelle Case della Comunità e negli altri modelli organizzativi previsti dal DM 77;
 - b) le modalità di partecipazione alla rete territoriale dei servizi;
 - c) le modalità di presa in carico strutturata dei pazienti cronici e fragili;
 - d) l'utilizzo dei sistemi informativi interoperabili e degli strumenti digitali di sistema;
 - e) la partecipazione ad audit, verifiche, monitoraggio e valutazione degli esiti;
 - f) il lavoro multiprofessionale con infermieri, specialisti, personale tecnico - amministrativo, servizi territoriali, sociosanitari e sociali;
 - g) il raccordo con il distretto, le Case della Comunità e gli altri modelli organizzativi previsti dal DM 77 e la programmazione regionale;
 - h) il coordinamento con gli accordi integrativi regionali.
3. La remunerazione convenzionale è progressivamente articolata dall'ACN 2025/27 nelle seguenti componenti:
 - a) quota capitaria base;
 - b) quota connessa alla presa in carico;
 - c) quota prevenzione e medicina di iniziativa;
 - d) quota organizzativa e tecnologica;
 - e) quota oraria delle Case della Comunità e degli altri modelli organizzativi previsti dal DM77/2022;
 - f) quota connessa ai risultati.
4. L'età per l'iscrizione al pediatra di libera scelta è compresa dalla nascita del bambino e fino al compimento del sedicesimo anno di età, fatti salvi i casi di indisponibilità dei pediatri di libera scelta; è altresì adeguata la remunerazione, mediante la definizione di una tariffa unica nazionale valevole per tutti gli assistiti e articolata come previsto dal comma 3. Tale limite di età è elevabile a diciotto anni mediante autonome determinazioni organizzative regionali.
5. Quanto previsto dal comma 4 costituisce indirizzo per l'ACN dei pediatri di libera scelta per il triennio 2025-27.
6. Gli Accordi collettivi nazionali superano i modelli remunerativi non coerenti con l'effettivo apporto organizzativo, assistenziale e di presa in carico del paziente.
7. Gli accordi integrativi regionali vigenti sono adeguati ai principi del presente decreto e dell'ACN 2025/27 entro sei mesi dalla sua sottoscrizione. Fino all'adeguamento o alla loro decadenza restano ferme le disposizioni regionali compatibili con il presente decreto, evitando interruzioni nell'organizzazione dei servizi territoriali.

Art. 4

Canale dipendente complementare per le funzioni territoriali strutturate.

1. Le Regioni e le Province autonome possono attivare, nei limiti della programmazione e delle risorse disponibili a legislazione vigente, un canale complementare e residuale di rapporto di lavoro dipendente per l'assistenza primaria territoriale.
2. Il canale della dipendenza è attivabile per:
 - a) la copertura di fabbisogni assistenziali non soddisfatti;
 - b) lo svolgimento di funzioni territoriali strutturate nelle Case della Comunità e negli altri modelli organizzativi previsti dal DM77/2022;
 - c) le aree caratterizzate da carenza assistenziale;
 - d) le funzioni di continuità assistenziale e di risposta a bisogni non differibili;
 - e) le attività di presa in carico della cronicità, della fragilità e di coordinamento territoriale.
3. Il canale della dipendenza:
 - a) è attivato per contingenti, fabbisogni, sedi e funzioni specifiche;
 - b) opera secondo la programmazione regionale e aziendale;
 - c) può essere attivato anche in forma sperimentale o pilota nei territori selezionati.
4. Il medico dipendente svolge funzioni analoghe a quelle del medico convenzionato, ivi inclusa l'attività a rapporto fiduciario con gli assistiti, secondo le modalità definite dalla programmazione regionale e aziendale e in piena conformità a quanto previsto dai CCNL dell'Area Sanità vigenti nel tempo.
5. L'organizzazione del lavoro del medico dipendente avviene secondo modelli multiprofessionali integrati all'interno delle Case della Comunità e degli altri modelli organizzativi previsti dal DM 77.
6. Resta ferma la possibilità per le Regioni e le Province autonome di definire modelli integrati tra convenzione e dipendenza, in relazione ai fabbisogni territoriali e agli assetti organizzativi locali.

Art. 5

Titoli di accesso al canale dipendente e disciplina transitoria

1. Al fine di assicurare l'evoluzione strutturale della formazione in medicina generale e cure primarie, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, è istituita la scuola di specializzazione in Medicina territoriale, di comunità e delle cure primarie, quale percorso universitario specialistico finalizzato alla formazione dei medici destinati all'assistenza primaria territoriale.
2. Ai fini dell'accesso al canale della dipendenza di cui all'articolo 4, è istituita la classe concorsuale "Medicina generale, di comunità e cure primarie".
3. Possono accedere al canale della dipendenza, secondo la programmazione regionale e aziendale, i medici in possesso delle seguenti specializzazioni o specializzazioni affini ed equipollenti:
 - a) Medicina di comunità e cure primarie;
 - b) Medicina interna;
 - c) Geriatria;
 - d) Pneumologia;
 - e) Medicina metabolica e diabetologia;
 - f) Cardiologia;
 - g) Medicina di Emergenza-Urgenza;

- h) Nefrologia;
 - i) Reumatologia;
 - j) Endocrinologia e malattie del ricambio;
 - k) Malattie dell'apparato cardiovascolare;
 - l) Oncologia;
 - m) ulteriori titoli equipollenti e discipline affini.
4. Nelle more dell'istituzione della scuola di specializzazione di cui al comma 1, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, sono definiti i criteri per la valorizzazione, ai fini dell'accesso agli incarichi e alle funzioni dell'assistenza primaria territoriale, del titolo di formazione specifica in medicina generale e delle esperienze professionali maturate nell'ambito del ruolo unico di assistenza primaria e della medicina dell'assistenza primaria, nel rispetto dell'ordinamento vigente e senza automatismi di equipollenza con i titoli di specializzazione universitaria.
 5. Le assunzioni sono disposte nei limiti dei fabbisogni individuati dalla programmazione regionale, dei contingenti autorizzati e delle risorse disponibili a legislazione vigente, con priorità per le Case della Comunità individuate dalla Regione, le zone carenti e gli altri modelli organizzativi previsti dal DM 77. Le attività attribuite avranno anche a riferimento i contenuti di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.
 6. Nelle more della piena attuazione del canale della dipendenza di cui al presente articolo e al fine di assicurare la tempestiva copertura delle funzioni territoriali strutturate, delle Case della Comunità e degli altri modelli organizzativi previsti dal DM 77, nonché delle aree caratterizzate da carenza assistenziale, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono disporre, previa intesa tra le amministrazioni interessate, comandi e distacchi temporanei, anche a tempo parziale, del personale sanitario, sociosanitario e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa, ivi compresi i dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie, anche da e verso le Regioni e le Province autonome. Ai predetti comandi e distacchi non si applicano, per il personale non dirigenziale, le limitazioni di cui all'articolo 30, comma 1-quinquies, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Resta ferma, per il personale dirigenziale, la disciplina legislativa e contrattuale vigente, in quanto compatibile con le finalità del presente decreto.
 7. Fino al 31 dicembre 2027, al fine di garantire uniformi livelli essenziali di assistenza e di individuare misure organizzative idonee ad assicurare l'assistenza sanitaria di base, ai medici in quiescenza, anche mediante incarichi di lavoro autonomo, in deroga all'articolo 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono essere attribuite, laddove non sia garantita la completa copertura delle cure primarie, le funzioni assistenziali di assistenza primaria e continuità assistenziale, limitatamente alle attività e ai pazienti ricompresi negli ambiti territoriali riferibili alle predette funzioni. Tale attribuzione opera sino all'espletamento delle nuove procedure di assegnazione delle sedi di assistenza primaria e continuità assistenziale. Agli incarichi di cui al presente comma non si applica l'incumulabilità tra redditi da lavoro autonomo e trattamento pensionistico di cui all'articolo 14, comma 3, del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2019, n. 26.

Art. 6

Programmazione regionale dell'assistenza primaria territoriale.

1. Le Regioni e le Province autonome, nel rispetto dei principi del presente decreto, programmano l'assistenza primaria territoriale, l'attività dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta nelle Case della

Comunità e negli altri modelli organizzativi previsti dal DM 77 e l'eventuale attivazione del canale residuale e complementare della dipendenza.

2. La programmazione regionale definisce:
 - a) il fabbisogno di attività nelle Case della Comunità e negli altri modelli organizzativi previsti dal DM 77;
 - b) le sedi prioritarie e le funzioni da presidiare;
 - c) la modulazione territoriale dell'obbligo di attività di cui ai commi 4 e 5 dell'articolo 2;
 - d) gli standard organizzativi e informativi;
 - e) le priorità territoriali di attivazione del canale della dipendenza;
 - f) i contingenti, le sedi e le funzioni del canale della dipendenza;
 - g) le modalità di integrazione al livello dei distretti tra professionisti operanti nelle Case delle Comunità e con gli altri modelli organizzativi previsti dal DM 77, specialisti, servizi sociali, sociosanitari e territoriali.
3. La programmazione regionale tiene conto della classificazione hub e spoke delle Case della Comunità, della densità abitativa, delle aree interne o montane, della carenza assistenziale e degli indicatori di cronicità, fragilità e bisogno territoriale.
4. Le aziende sanitarie adottano gli atti organizzativi necessari per l'attuazione della programmazione regionale, l'assegnazione delle sedi e delle funzioni, l'organizzazione dei turni, l'integrazione con la rete territoriale e il monitoraggio delle attività e dei risultati.

Art. 7 Monitoraggio dell'attuazione

1. Il Ministero della salute, con modalità definite d'intesa con le Regioni e le Province autonome, assicura il monitoraggio dell'attuazione del presente decreto.
2. Il monitoraggio riguarda almeno:
 - a. le ore effettivamente svolte dai medici di assistenza primaria e dai pediatri di libera scelta nelle Case della Comunità e negli altri modelli organizzativi previsti dal DM 77;
 - b. la copertura degli incarichi vacanti;
 - c. la copertura dei turni e l'espletamento delle funzioni territoriali programmate;
 - d. il numero di pazienti cronici e fragili presi in carico;
 - e. la funzionalità e l'utilizzo dei sistemi informativi, del Fascicolo sanitario elettronico, della telemedicina e del telemonitoraggio;
 - f. l'appropriatezza prescrittiva e organizzativa;
 - g. gli accessi impropri al pronto soccorso;
 - h. il raggiungimento degli obiettivi territoriali;
 - i. gli impatti economici e organizzativi.
3. Le modalità di monitoraggio sono definite utilizzando i flussi informativi disponibili e tenendo conto della necessità di evitare nuovi oneri amministrativi non coperti.

Art. 8 Disposizioni finanziarie

1. Dall'attuazione degli articoli 1, 2, 5, 6 e 7, si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, salvo quanto previsto dai commi successivi.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione degli articoli 3 e 4 si provvede nei limiti delle risorse destinate all'assistenza territoriale, alla medicina generale e all'implementazione del DM 77 già previste a legislazione vigente, nonché mediante eventuali successive autorizzazioni di spesa disposte con la legge di bilancio o con ulteriori provvedimenti normativi.
3. La relazione tecnica allegata alla legge di conversione individua distintamente:
 - a) gli impatti economici della convenzione riformata;
 - b) gli oneri della dipendenza;
 - c) i costi di supporto organizzativo, digitale e di monitoraggio.

Articolo 9

Effetti sulla normativa vigente e competenze regionali

1. Le norme di cui al presente decreto-legge hanno carattere imperativo e non sono derogabili dagli Accordi Collettivi Nazionali.
2. Dall'entrata in vigore del presente decreto-legge sono abrogate tutte le disposizioni legislative e convenzionali contrarie o incompatibili, fatto salvo quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 3.
3. Le disposizioni del presente decreto costituiscono principi fondamentali di organizzazione dell'assistenza territoriale, ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, spettando alle Regioni e alle Province autonome le funzioni legislative e amministrative per la definizione delle relative modalità organizzative attuative.

Art. 10

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana ed è presentato alle Camere per la conversione in legge.

