

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2839

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

QUARTINI, MARIANNA RICCIARDI, SPORTIELLO, DI LAURO, AMATO, APPENDINO, ASCARI, BARZOTTI, BRUNO, CAFIERO DE RAHO, CANTONE, CAPPELLETTI, CARAMIELLO, CAROTENUTO, CASO, CHERCHI, ALFONSO COLUCCI, DONNO, FEDE, FERRARA, ILARIA FONTANA, GIULIANO, GUBITOSA, IARIA, L'ABBATE, MORFINO, ORRICO, PAVANELLI, PELLEGRINI, PENZA, PERANTONI, RAFFA, SANTILLO, FRANCESCO SILVESTRI, TRAVERSI, TUCCI

Disposizioni concernenti la formazione e lo stato giuridico ed economico dei medici di medicina generale nonché l'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale

Presentata l'11 marzo 2026

ONOREVOLI COLLEGHI ! – La presente proposta di legge si inserisce nel processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale del Servizio sanitario nazionale (SSN), con particolare riferimento al ruolo dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e degli specialisti ambulatoriali.

L'intervento legislativo ha la finalità di rafforzare l'integrazione dei professionisti delle cure primarie nell'organizzazione pubblica del SSN, nonché a riformare il modello formativo dei medici destinati alla

medicina territoriale, mediante l'istituzione di un percorso di specializzazione universitaria.

La necessità di tale riforma emerge con particolare evidenza alla luce delle trasformazioni demografiche, epidemiologiche e organizzative che stanno interessando il SSN.

Secondo i dati dell'Istituto nazionale di statistica, l'Italia è uno dei Paesi con il maggior numero di anziani: nel 2024 gli individui con più di 65 anni superavano i 14,5 milioni e rappresentavano quasi il 25

per cento della popolazione, quota destinata a crescere fino a oltre il 34 per cento entro il 2050.

L'invecchiamento della popolazione comporta un incremento significativo delle patologie croniche e delle condizioni di multimorbilità, con un conseguente aumento della domanda di assistenza territoriale, di cure domiciliari e di presa in carico continuativa del paziente.

Tali trasformazioni epidemiologiche richiedono un modello di assistenza sanitaria sempre meno centrato sull'ospedale e sempre più orientato verso servizi territoriali integrati, capaci di garantire continuità assistenziale, prevenzione e presa in carico globale del paziente.

In tale contesto, la medicina generale e l'assistenza primaria assumono un ruolo centrale nel garantire la sostenibilità del sistema sanitario, favorendo la prevenzione, la gestione delle malattie croniche e la riduzione degli accessi impropri ai servizi ospedalieri. Tuttavia, il modello organizzativo vigente presenta rilevanti criticità, tra cui la progressiva carenza di MMG, la frammentazione dell'assistenza territoriale e la limitata integrazione organizzativa tra professionisti e strutture pubbliche.

La proposta di legge si pone pertanto l'obiettivo di rafforzare l'integrazione organizzativa dei MMG nel SSN, di riformare il sistema di formazione dei medici destinati alle cure primarie, di migliorare la programmazione del fabbisogno di personale sanitario e di favorire l'attuazione del nuovo modello di assistenza territoriale previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Il SSN è stato istituito con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, che ha introdotto un sistema sanitario universalistico fondato sul principio di tutela della salute, quale diritto fondamentale dell'individuo ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione. Successivamente, il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ha introdotto importanti riforme organizzative, tra cui l'azionalizzazione delle strutture sanitarie e la definizione dei rapporti tra il SSN e i medici convenzionati.

In particolare, l'articolo 8 del citato decreto legislativo n. 502 del 1992 stabilisce che il rapporto tra il SSN e i MMG è disciplinato da convenzioni nazionali, stipulate tra lo Stato e le organizzazioni sindacali di categoria. Il modello convenzionale si configura come un rapporto di lavoro autonomo, regolato da accordi collettivi nazionali e regionali, caratterizzato da una significativa autonomia professionale dei medici e da un sistema di remunerazione prevalentemente basato sulla quota capitaria, cioè sul numero di assistiti iscritti nelle liste del medico.

Per quanto concerne la formazione dei MMG, la normativa principale si rinviene nel decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, che disciplina il corso di formazione specifica in medicina generale; il percorso formativo, della durata di tre anni, è organizzato dalle regioni ed è finalizzato al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale.

Diversamente da quanto avviene per le altre discipline mediche, dunque, la formazione dei MMG non è attualmente configurata come scuola di specializzazione universitaria.

Numerosi studi e indagini evidenziano alcune criticità strutturali nel sistema di assistenza primaria. In primo luogo, si registra una significativa carenza di MMG. Secondo i dati più recenti, in Italia operano circa 37.000 medici di famiglia, con una riduzione di oltre 7.000 unità negli ultimi dieci anni. Le stime indicano che attualmente mancano oltre 5.500 MMG e che la situazione è destinata ad aggravarsi nei prossimi anni a causa dei pensionamenti previsti. Secondo le proiezioni, entro il 2030 oltre 27.000 MMG e PLS potrebbero cessare l'attività per raggiunti limiti di età.

Parallelamente, una quota significativa dei medici in attività presenta carichi assistenziali molto elevati. Oltre il 51 per cento dei MMG ha più di 1.500 assistiti, valore che rappresenta il massimale previsto dall'accordo collettivo nazionale. Tale situazione determina difficoltà crescenti per i cittadini nell'individuare un medico di riferimento e comporta un incremento degli accessi impropri ai servizi ospedalieri.

Un ulteriore elemento critico riguarda l'età media dei professionisti sanitari. L'Italia presenta una delle popolazioni mediche più anziane d'Europa: oltre il 55 per cento dei medici ha più di 55 anni.

Questa situazione rende particolarmente urgente l'adozione di politiche di ricambio generazionale e di rafforzamento dei percorsi formativi.

La riforma dell'assistenza territoriale costituisce uno degli assi principali del PNRR. In particolare, la Missione 6 del Piano, dedicata alla salute, prevede investimenti per oltre 15 miliardi di euro finalizzati al rafforzamento dei servizi sanitari territoriali e alla digitalizzazione del sistema sanitario. Tra gli interventi principali previsti dal PNRR vi è la realizzazione di oltre 1.300 case della comunità, l'istituzione di circa 600 centrali operative territoriali, il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata e lo sviluppo della telemedicina.

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale è stato definito dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, che stabilisce i modelli e gli *standard* strutturali, organizzativi e tecnologici per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.

Le case della comunità rappresentano il fulcro del nuovo modello assistenziale territoriale e sono concepite come strutture multiprofessionali nelle quali operano MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri di famiglia e altri professionisti sanitari.

Tuttavia, l'effettiva integrazione dei MMG in tali strutture risulta ancora limitata, anche a causa della natura convenzionale del rapporto di lavoro.

La proposta di legge intende favorire l'integrazione organizzativa dei medici all'interno delle strutture territoriali, in linea con gli obiettivi del PNRR.

Più in particolare, la proposta di legge introduce una riforma articolata su due principali direttrici: la riforma del rapporto di lavoro dei MMG e la riforma della formazione dei medici delle cure primarie.

L'articolo 1 modifica l'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, prevedendo che, a decorrere dal 2027, le aziende sanitarie locali possano assumere MMG,

PLS e specialisti ambulatoriali mediante concorso pubblico regionale. I medici assunti saranno inquadrati nel ruolo sanitario delle aziende sanitarie locali e opereranno nell'ambito dell'organizzazione distrettuale.

Il sistema convenzionale attualmente vigente viene mantenuto, a esaurimento, al fine di garantire una transizione graduale verso il nuovo modello organizzativo. Come clausola di salvaguardia si prevede altresì che, fino al 31 dicembre 2035, qualora il fabbisogno di MMG non risulti completamente soddisfatto mediante le procedure di assunzione, le regioni possono continuare a conferire incarichi in regime di convenzione secondo le modalità previste dall'accordo collettivo nazionale. La norma transitoria appare necessaria onde evitare che alcune aree restino senza medico e per garantire continuità assistenziale durante la fase di passaggio al nuovo modello.

La norma, recependo gli ultimi accordi contrattuali, introduce inoltre una nuova struttura del compenso, articolata in una quota capitaria basata sul numero di assistiti, una quota correlata alle ore di attività svolte e una quota variabile collegata al raggiungimento di obiettivi assistenziali. Si prevede che il numero massimo di assistiti assegnabile a ciascun MMG sia progressivamente ridotto, fino a 1.200 assistiti entro il 2030, al fine di permettere una presa in carico più efficace dei pazienti cronici, rari e fragili.

L'articolo 2 reca disposizioni di coordinamento con la normativa vigente necessarie in ragione della nuova natura del rapporto di lavoro dei MMG.

L'articolo 3 introduce la riforma del sistema di formazione *post*-laurea dei MMG. In particolare, viene istituita una nuova scuola di specializzazione universitaria in medicina generale, di comunità e delle cure primarie, destinata a sostituire progressivamente i corsi regionali di formazione specifica in medicina generale. Il nuovo percorso formativo sarà organizzato dalle università e integrato nel sistema delle scuole di specializzazione mediche, garantendo maggiore uniformità formativa e maggiore

integrazione tra università e Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 4, infine, prevede che l'assistenza territoriale sia organizzata dalle aziende sanitarie locali tramite *équipe* multiprofessionali nelle case della comunità, composte da MMG, infermieri, specialisti e assistenti sociali, per garantire la presa in carico integrata dei pazienti, la gestione delle malattie croniche, l'assistenza domiciliare e la prevenzione. Tale disposizione promuove l'utilizzo della telemedicina e della cartella clinica elettronica, con infrastrutture tecnologiche garantite dalle aziende sanitarie locali. Inoltre, istituisce un Fondo, con una dotazione pari a 20 milioni di euro annui, per incentivare i medici a lavorare nelle aree carenti o disagiate e un Osservatorio nazionale sulla medicina generale, per monitorare il fabbisogno di medici e programmare la formazione.

La presente proposta di legge è destinata a produrre effetti positivi su diversi livelli. In primo luogo, l'inquadramento dei MMG nel ruolo sanitario delle aziende sanitarie consentirà una maggiore integrazione organizzativa con le strutture del SSN. In secondo luogo, il rafforzamento

delle case della comunità favorirà modelli assistenziali multidisciplinari, migliorando la gestione delle patologie croniche e la presa in carico dei pazienti fragili.

Dal punto di vista formativo, l'istituzione della nuova scuola di specializzazione contribuirà a elevare la qualità della formazione dei medici delle cure primarie e a rendere tale percorso più attrattivo per i giovani laureati. Infine, la programmazione triennale del fabbisogno di specialisti consentirà di migliorare l'equilibrio tra domanda e offerta di personale sanitario.

La presente proposta di legge si inserisce nel processo di riforma e modernizzazione del SSN, con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza territoriale e migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle patologie croniche.

La riorganizzazione del rapporto di lavoro dei MMG e la riforma della formazione nelle cure primarie rappresentano interventi strategici per garantire la sostenibilità del sistema sanitario e la piena attuazione del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Modifiche 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) al comma 1:

1) il primo periodo è sostituito dal seguente: « Fatto salvo quanto previsto al comma 1-ter, il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato, sino a scadenza, 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 »;

2) 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 »;

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

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

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

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

« *d*) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota per numero di assistiti che hanno effettuato la scelta, corrisposta su base an-

nuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione, una quota per ciascuna ora di attività resa, fermo restando comunque lo svolgimento di 38 ore settimanali complessive di attività, e 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 »;

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

b) dopo il comma 1-*bis* sono inseriti i seguenti:

« 1-*ter*. A decorrere dall'anno 2027, le aziende sanitarie locali, per l'erogazione delle prestazioni di cura di cui all'articolo 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, fatti salvi i contratti in convenzione in essere alla data di entrata in vigore della presente disposizione, procedono all'assunzione dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali esclusivamente mediante concorso pubblico regionale. Il requisito della specializzazione per i medici di medicina generale, previsto dall'articolo 21, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è soddisfatto, ai fini del presente comma, con il possesso dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21, comma 1, del medesimo decreto legislativo n. 368 del 1999, ovvero di titolo equipollente, ai sensi dell'articolo 30 dello stesso decreto legislativo n. 368 del 1999, o del diploma di specializzazione in medicina di comunità, di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 1° agosto 2005, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 285 del 5 novembre 2005, ovvero del diploma di specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie, di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 4 febbraio 2015, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 3 giugno 2015. I vincitori sono inquadrati nel ruolo sanitario secondo le disposizioni dell'articolo 15 del presente decreto, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale. Il numero

di posti disponibili è determinato annualmente dalle regioni, acquisita la quantificazione dei fabbisogni dalle aziende sanitarie locali, in conformità al rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali di cui alle lettere *h)* e *h-bis)* del comma 1 e dei contratti collettivi, che deve essere soddisfatto complessivamente dai medici convenzionati, fino al loro esaurimento, e dai medici dipendenti. I contratti collettivi disciplinano i principi, i sistemi di incentivazione e le forme organizzative applicabili ai medici dipendenti in conformità, per quanto compatibili con il rapporto di dipendenza, alle previsioni di cui al comma 1. Si applicano anche ai medici dipendenti le disposizioni in materia di libertà di scelta e di revoca del medico, ai sensi delle lettere *a)* e *b)* del comma 1. Il numero massimo di assistiti assegnabili a ciascun medico di medicina generale è progressivamente ridotto, entro il 2030, a 1.200 assistiti. Nelle aree caratterizzate da particolare complessità socio-sanitaria le regioni possono prevedere ulteriori riduzioni.

1-quater. I medici in rapporto di convenzione alla data del 31 dicembre 2025, già titolari del rapporto da almeno cinque anni ovvero alla data di maturazione del quinto anno di attività convenzionata, possono presentare istanza di inquadramento nel ruolo sanitario ai sensi del comma 1-ter, secondo procedure stabilite dalle regioni, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

1-quinquies. Fino al 31 dicembre 2035, qualora il fabbisogno di medici di medicina generale non risulti completamente soddisfatto mediante le procedure di assunzione di cui al comma 1-ter, le regioni possono continuare a conferire incarichi in regime di convenzione secondo le modalità previste dall'accordo collettivo nazionale ».

2. Le leggi, gli accordi e ogni disposizione e atto regolamentare, comunque denominati, che disciplinano l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali in regime di convenzione si applicano, per le parti compatibili con il rapporto di lavoro dipendente, ai medici assunti ai sensi del comma 1-ter dell'articolo 8 del decreto

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal comma 1 del presente articolo.

Art. 2.

(Modifiche all'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189)

1. All'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 2:

1) al primo periodo, le parole: « attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale » sono sostituite dalle seguenti: « attraverso personale in rapporto di dipendenza o di convenzione con il Servizio sanitario nazionale »;

2) al secondo periodo, le parole: « sulla base della convenzione nazionale » sono sostituite dalle seguenti: « sulla base degli accordi collettivi »;

b) al comma 3, secondo periodo, dopo le parole: « Per i medici di medicina generale » è inserita la seguente: « convenzionati » e dopo le parole: « convenzione nazionale » sono aggiunte le seguenti: « o dal contratto collettivo nazionale di lavoro per la dirigenza medica ».

Art. 3.

(Modifiche al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368)

1. Al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 21, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

« 1-bis. Ferma restando la validità dei diplomi di formazione specifica in medicina generale rilasciati ai sensi del comma 1, a decorrere dall'anno 2026, per l'eserci-

zio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale è necessario il possesso del diploma di specializzazione in medicina di comunità, di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 1° agosto 2005, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 285 del 5 novembre 2005, del diploma di specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie, di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 4 febbraio 2015, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 3 giugno 2015, e del diploma di specializzazione in medicina generale, di comunità e delle cure primarie, di cui all'articolo 21-*bis* del presente decreto »;

b) dopo l'articolo 21 è inserito il seguente:

« Art. 21-*bis*. – 1. A decorrere dall'anno accademico 2026/2027 è istituita la scuola di specializzazione in medicina generale, di comunità e delle cure primarie.

2. Ai fini dell'iscrizione alla scuola di specializzazione di cui al comma 1, per l'anno accademico 2026/2027, le università predispongono le procedure per il trasferimento degli specializzandi iscritti a tutti gli anni di corso, tranne l'ultimo, della scuola di specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie, di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 4 febbraio 2015, con il riconoscimento del percorso formativo sostenuto e dei crediti formativi universitari conseguiti. Per gli iscritti, in corso, al terzo anno è fatto salvo il completamento degli studi e il conseguimento del titolo.

3. A decorrere dall'anno accademico 2026/2027, sono interrotti i corsi di formazione specifica in medicina generale di cui al capo I del titolo IV del presente decreto, fatti salvi quelli del terzo anno al fine di consentire la conclusione del percorso di studio agli studenti dell'ultimo anno, in corso, ai sensi del comma 2.

4. Il titolo attestante il conseguimento della formazione specifica in medicina generale di cui all'articolo 21 può essere altresì rilasciato al medico che ha completato una formazione complementare, attestata da un titolo di formazione rilasciato

dalle competenti autorità di uno Stato membro dell'Unione europea. Con decreto del Ministro della salute sono stabilite le modalità per la valutazione della formazione complementare di cui al primo periodo, dell'esperienza professionale acquisita e delle competenze possedute dal richiedente in sostituzione, anche parziale, della formazione di cui all'articolo 24, secondo quanto stabilito dall'articolo 28, paragrafo 5, e dall'articolo 30 della direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.

5. Le disposizioni di cui al titolo IV del presente decreto si applicano ai corsi di formazione specifica in medicina generale, iniziati entro la data di entrata in vigore della presente disposizione, fino alla loro conclusione. A decorrere dal 1° ottobre 2027, gli articoli 24, 25, 26, 27, 28 e 29 del titolo IV del presente decreto sono abrogati. Per la scuola di specializzazione di cui al comma 1 trovano altresì applicazione le disposizioni di cui agli articoli 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44.

6. I corsi di cui al comma 1 sono organizzati dalle università nel rispetto delle norme vigenti per l'istituzione delle scuole di specializzazione di ambito medico, assicurando la presenza di almeno una scuola di specializzazione in ciascuna regione secondo le disponibilità dei locali da parte delle singole università »;

c) all'articolo 23, dopo il comma 1 sono aggiunti i seguenti:

« *1-bis.* Il diploma di cui all'articolo 21, comma 1, può essere rilasciato anche a un medico che ha completato un percorso di formazione complementare nell'ambito delle cure primarie attestato da un titolo rilasciato dalle competenti autorità, ivi comprese le università di uno Stato membro dell'Unione europea. Il percorso di cui al primo periodo, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 28, comma 5, della direttiva n. 2005/36/CE, deve avere i seguenti requisiti minimi:

a) frequenza certificata di almeno sei mesi di un ambulatorio di un medico di medicina generale ovvero presso ogni altra struttura in cui sono erogate cure primarie;

b) comprovata acquisizione di conoscenze e di competenze di livello qualitativamente non inferiore a quelle acquisite mediante la frequenza dei corsi regionali per la formazione specifica in medicina generale.

1-ter. Tenuto conto di quanto previsto dal comma 1-*bis*, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione e del merito, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, sono stabilite le modalità per le valutazioni del percorso di formazione complementare di cui al medesimo comma 1-*bis* e dell'esperienza professionale acquisita dal richiedente in sostituzione, anche parziale, della formazione di cui all'articolo 24 »;

d) all'articolo 24, comma 1, dopo le parole: « all'articolo 21 » sono inserite le seguenti: « , comma 1, »;

e) all'articolo 26, comma 2, la lettera d) è sostituita dalla seguente:

« d) un periodo di formazione in medicina generale, articolato in dodici mesi, effettuato presso un ambulatorio di 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, assicurando che almeno il 60 per cento delle attività formative della scuola di specializzazione in medicina generale, di comunità e delle cure primarie sia svolto presso strutture territoriali del Servizio sanitario nazionale, comprese le case della comunità, gli studi di medicina generale e i servizi di assistenza domiciliare »;

f) all'articolo 35, comma 2, sono aggiunti, in fine, i seguente periodi: « I contratti destinati alla attivazione delle scuole di specializzazione in medicina generale, di comunità e delle cure primarie e le attività di docenza sono finanziati mediante le apposite risorse vincolate nel Fondo sanitario nazionale non più utilizzati per il finanziamento dei contratti di formazione specifica in medicina generale. Tali risorse, a decorrere dall'anno accademico 2026/2027, sono integrate

da un ulteriore stanziamento pari a 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027 e pari a 10 milioni di euro a decorrere dall'anno 2028 »;

g) all'Allegato E, le parole: « Italia: diploma o attestato di formazione specifica in medicina generale » sono sostituite dalle seguenti: « Italia: diploma di specializzazione in medicina di comunità, di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 1° agosto 2005, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 285 del 5 novembre 2005, diploma di specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie, di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 4 febbraio 2015, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 3 giugno 2015 e diploma di specializzazione in medicina generale, di comunità e delle cure primarie di cui all'articolo 21-*bis* ».

Art. 4.

(Disposizioni in materia di organizzazione dell'assistenza territoriale)

1. Le aziende sanitarie locali organizzano l'assistenza territoriale mediante *équipe* multidisciplinari operanti nelle case della comunità, composte almeno da medici di medicina generale, infermieri di famiglia e di comunità, specialisti ambulatoriali e assistenti sociali.

2. Le *équipe* di cui al comma 1 garantiscono la presa in carico integrata del paziente, la gestione delle patologie croniche e rare, l'assistenza domiciliare e le attività di prevenzione.

3. I medici di medicina generale operanti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale utilizzano gli strumenti di telemedicina e la cartella clinica elettronica integrata con il fascicolo sanitario elettronico.

4. Le aziende sanitarie locali garantiscono le infrastrutture tecnologiche necessarie all'erogazione di prestazioni sanitarie a distanza.

5. Nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito un Fondo per favorire la permanenza del personale sanitario e socio-sanitario nelle aree carenti e disagiate,

con una dotazione di 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027. Per le finalità di cui al presente comma è autorizzata una spesa di 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente comma si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307. Con decreto del 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, sono stabilite le modalità operative del Fondo di cui al primo periodo e i criteri di riparto delle risorse. Le regioni possono concorrere all'attuazione della presente legge con risorse proprie. Il Fondo di cui al primo periodo è destinato a finanziare:

a) indennità economiche aggiuntive per i medici operanti in zone montane, rurali o disagiate;

b) contributi per l'apertura di studi medici nelle aree prive di servizi sanitari territoriali;

c) misure di incentivo alla permanenza dei medici nelle medesime aree.

6. Presso il Ministero della salute, è istituito l'Osservatorio nazionale sulla medicina generale, con il compito di monitorare il fabbisogno di medici di medicina generale nel territorio nazionale, analizzare i flussi di pensionamento del personale sanitario e formulare proposte di programmazione della formazione specialistica. Con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabilite le disposizioni che regolano l'attività dell'Osservatorio di cui al primo periodo. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono alla sua attuazione nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



19PDL0187020