

Dossier su: “Linee programmatiche del 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”.

Premessa

Scopo del presente documento è promuovere un dibattito democratico e trasparente sulla migliore definizione di una nuova regolamentazione che il Governo ritiene necessaria per realizzare gli obiettivi stabiliti nel PNRR e per impiegare le connesse risorse.

A tal fine è predisposto il presente dossier che contiene tre documenti: A) la relazione sulle linee programmatiche del riordino; B) il documento integrativo con valutazioni di natura tecnico-economica; C) prima bozza di articolato da sottoporre a confronto.

A) La relazione sulle linee programmatiche del riordino

Gli obiettivi dichiarati dell’intervento normativo auspicato sono: la pronta ed effettiva attivazione delle strutture della sanità territoriale, che costituisce un necessario adempimento del PNRR; la valorizzazione, anche economica, del ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta; l’incremento delle assunzioni dei medici dipendenti del SSN.

In considerazione dei tempi stretti di imposti dal PNRR appare opportuno proporre l’adozione di un Decreto-Legge di cui si illustrano di seguito le linee essenziali.

L’intervento normativo che si propone di adottare nella forma del decreto-legge è diretto, in via prioritaria, a garantire la piena operatività delle Case della Comunità, quali strutture cardine del nuovo modello di assistenza territoriale, e a rendere effettiva, in tale ambito, la presa in carico territoriale dei cittadini, con particolare riguardo ai pazienti cronici e fragili. In questa prospettiva, il provvedimento introduce una disciplina nazionale di cornice per il riordino dell’assistenza primaria territoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta, al fine di assicurare che l’evoluzione organizzativa delle strutture territoriali sia accompagnata da un corrispondente adeguamento del modello professionale e funzionale della medicina generale e della pediatria di libera scelta.

L’intervento muove dalla constatazione che l’attuale assetto della medicina generale e della pediatria di libera scelta, pur oggetto di progressive evoluzioni contrattuali e organizzative, non appare più sufficiente, da solo, a garantire in modo uniforme, programmabile ed esigibile il pieno funzionamento della rete territoriale, della continuità assistenziale, della prevenzione, della medicina di iniziativa e delle Case della Comunità. Il provvedimento si propone pertanto di introdurre una disciplina primaria nazionale di cornice capace di sostenere il riordino del sistema, non affidandolo esclusivamente alla sola evoluzione pattizia del quadro vigente.

La scelta di fondo è quella di un modello a doppio canale:

- da un lato, la convenzione riformata, quale canale ordinario del sistema;
- dall’altro, la dipendenza selettiva per le funzioni territoriali strutturate, quale canale programmato, non generalizzato e prioritariamente orientato al presidio delle Case della Comunità.

Il proposto decreto si colloca quindi in una logica di riordino progressivo e governato dell’assistenza primaria, finalizzato a:

- rafforzare l'integrazione della medicina generale e della pediatria di libera scelta nella rete territoriale;
- rendere strutturale l'attività nelle Case della Comunità;
- introdurre strumenti organizzativi e professionali coerenti con i bisogni del territorio;
- consentire una prima attuazione del canale dipendente per le funzioni territoriali ad alta intensità organizzativa.

Il documento integrativo conferma, sul versante tecnico-economico, la necessità di intervenire sia sul modello convenzionale sia sull'assetto della pediatria di libera scelta, evidenziando quattro direttrici di riforma: innalzamento dell'età di esclusiva pediatrica, equiparazione del massimale dei pediatri a quello dei medici del ruolo unico, equiparazione della remunerazione massima per assistito e progressiva definizione di una tariffa nazionale per assistito, al fine di rendere più uniforme il sistema dei compensi e più coerente la distribuzione dei carichi assistenziali sul territorio. Tali elementi non sostituiscono il contenuto normativo del decreto, ma ne chiariscono il contesto e la direzione di sviluppo attuativo.

Il proposto riordino non modifica la disciplina vigente degli obblighi contributivi a favore dell'ENPAM.

Relazione illustrativa dei contenuti dell'articolo

Articolo 1 – Oggetto e finalità

L'articolo 1 individua l'oggetto del decreto-legge e ne definisce le finalità.

In particolare, il provvedimento è volto a:

- garantire la piena operatività delle Case della Comunità, quali strutture cardine del nuovo modello di assistenza territoriale;
- assicurare la piena integrazione della medicina generale e della pediatria di libera scelta nella rete dei servizi territoriali e nelle Case della Comunità;
- garantire livelli uniformi, programmabili ed esigibili di assistenza primaria sul territorio nazionale;
- rafforzare la presa in carico dei pazienti cronici e fragili, la prevenzione, la continuità assistenziale, il lavoro multiprofessionale e l'interoperabilità dei sistemi;
- introdurre la convenzione riformata quale canale ordinario della medicina generale e il canale selettivo di dipendenza per le funzioni territoriali strutturate;
- disciplinare il regime transitorio di prima attuazione, il coordinamento con l'Accordo collettivo nazionale e i percorsi di adeguamento organizzativo, formativo ed economico;
- disciplinare l'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina Generale di livello universitario di durata quadriennale;
- mantenere fermi gli obblighi di contribuzione all'ENPAM previsti dalla vigente disciplina.

Il secondo comma precisa che le disposizioni del decreto costituiscono principi fondamentali in materia di tutela della salute ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Tale previsione è coerente con la natura dell'intervento, che si colloca all'incrocio tra disciplina ordinamentale, organizzazione dell'assistenza primaria e definizione di standard minimi del sistema territoriale.

Articolo 2 – Assetto del sistema e doppio canale

L'articolo 2 introduce formalmente l'assetto a doppio canale dell'assistenza primaria:

- convenzione riformata, quale canale ordinario;
- dipendenza per le funzioni territoriali strutturate, quale canale selettivo, programmato e non generalizzato.

La disposizione chiarisce che la convenzione riformata continua a garantire:

- la scelta fiduciaria del cittadino;
- la capillarità territoriale della medicina generale e della pediatria di libera scelta.

Contestualmente, il canale dipendente:

- non costituisce trasformazione generalizzata e immediata dell'intera medicina generale;
- è attivato su base volontaria;
- opera nei limiti della programmazione regionale e dei contingenti individuati;
- è finalizzato a presidiare le funzioni territoriali a maggiore intensità organizzativa, con priorità per le Case della Comunità.

Il comma finale mantiene distinto e rinviato a un eventuale successivo intervento normativo il tema dell'accreditamento di soggetti erogatori di prestazioni territoriali di assistenza primaria, non assunto come asse immediato della riforma. La scelta è coerente con l'esigenza di concentrare l'intervento, in questa fase, sulla riorganizzazione del rapporto tra convenzione e dipendenza, senza aprire contestualmente un ulteriore canale di erogazione.

Articolo 3 – Convenzione riformata quale canale ordinario

L'articolo 3 definisce i caratteri essenziali della convenzione riformata quale modello ordinario del sistema.

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, pur restando titolari del rapporto fiduciario con gli assistiti, sono qualificati anche come soggetti titolari delle funzioni territoriali di assistenza primaria inserite nella rete organizzata dei servizi. La disposizione valorizza quindi un'evoluzione del ruolo professionale, che non si esaurisce nell'assistenza del singolo, ma concorre al corretto funzionamento del sistema territoriale nel suo complesso.

La disciplina convenzionale nazionale dovrà assicurare almeno:

- assistenza fiduciaria agli assistiti in carico;
- partecipazione alla rete territoriale di riferimento e alle articolazioni organizzative territoriali;
- utilizzo dei sistemi informativi interoperabili e degli strumenti digitali di sistema;
- presa in carico strutturata dei pazienti cronici e fragili;
- partecipazione ad audit, verifiche e monitoraggio;

- svolgimento di una quota programmata di attività nelle Case della Comunità;
- collaborazione con infermieri, personale amministrativo, specialisti e servizi territoriali.

La norma definisce inoltre la struttura generale della remunerazione della convenzione riformata, che dovrà articolarsi almeno in:

- quota base;
- quota presa in carico;
- quota prevenzione;
- quota organizzativa e tecnologica;
- quota Case della Comunità;
- quota risultato.

Tale articolazione risponde all'esigenza di superare un modello remunerativo eccessivamente centrato sul mero numero di assistiti in carico, orientando in misura più chiara il sistema verso obiettivi di presa in carico, prevenzione, organizzazione e presenza nelle strutture territoriali. Il documento integrativo richiama, in questa stessa direzione, la necessità di una tariffa nazionale per assistito e di una revisione complessiva dei criteri di remunerazione sia per i medici del ruolo unico sia per i pediatri di libera scelta, al fine di rendere più uniforme il servizio sul territorio nazionale.

La bozza prevede, inoltre, per la pediatria di libera scelta, che l'età di esclusiva per l'iscrizione al pediatra sia compresa dalla nascita fino al compimento del diciottesimo anno, e che la scelta del medico o del pediatra sia effettuata nel rispetto di un limite massimo di assistiti uniforme tra le due categorie. Tali previsioni sono coerenti con l'obiettivo di maggiore omogeneità e razionalità dell'assetto assistenziale, e si collocano in linea con il documento integrativo, che individua proprio nell'innalzamento dell'età di esclusiva, nell'equiparazione del massimale e nell'equiparazione della remunerazione massima dei singoli assistiti tre direttrici qualificanti della riforma.

Articolo 4 – Debito organizzativo minimo e attività nelle Case della Comunità

L'articolo 4 introduce il debito organizzativo minimo nazionale, modulabile territorialmente in base alla programmazione regionale.

La disposizione definisce il contenuto minimo di tale debito, che comprende:

- partecipazione effettiva alla rete territoriale;
- presenza organizzata nelle Case della Comunità secondo il fabbisogno programmato;
- utilizzo dei sistemi informativi comuni;
- adesione ad audit, verifiche e indicatori;
- integrazione con i percorsi di presa in carico multiprofessionale.

Elemento qualificante della normativa è l'affermazione secondo cui l'attività nelle Case della Comunità costituisce componente strutturale del nuovo modello di medicina generale e non mera attività incentivata o accessoria. La quantificazione puntuale dell'attività e della relativa articolazione oraria e organizzativa

è demandata all'Accordo collettivo nazionale e alla programmazione regionale, nel rispetto dei principi del decreto.

Questa disposizione rende esplicito il passaggio da un modello fondato prevalentemente sulla disponibilità individuale del singolo professionista a un modello che richiede una presenza organizzata, verificabile e territorialmente programmata, coerente con la centralità operativa delle Case della Comunità.

Articolo 5 – Canale selettivo di dipendenza per le funzioni territoriali strutturate

L'articolo 5 istituisce il canale selettivo di dipendenza per l'assistenza primaria territoriale, al fine di garantire:

- presenza strutturata nelle Case della Comunità;
- copertura oraria e turnazione;
- continuità assistenziale territoriale;
- lavoro di équipe multiprofessionale;
- presidio delle funzioni territoriali ad alta intensità organizzativa.

Il canale dipendente è prioritariamente utilizzabile per:

- Case della Comunità hub;
- Case della Comunità spoke individuate dalla programmazione regionale;
- funzioni integrate con la continuità assistenziale e con i bisogni non differibili;
- attività di presa in carico strutturata e di coordinamento territoriale.

La norma ribadisce il carattere selettivo del canale, che:

- non riguarda l'intera medicina generale;
- è definito per contingenti, fabbisogni, sedi e funzioni specifiche;
- può essere attivato anche in forma pilota nei territori prioritari;
- opera secondo la programmazione regionale e aziendale.

L'articolo individua, inoltre, i presupposti necessari per l'attivazione piena del canale dipendente:

- definizione dei titoli di accesso;
- disciplina delle equipollenze e delle equivalenze;
- istituzione di un nuovo contratto nazionale o di una specifica sezione contrattuale dedicata;
- disciplina transitoria per i medici già operanti e per i medici in formazione.

La disposizione persegue una finalità chiara: assicurare che le funzioni territoriali più complesse e continuative possano essere presidiate da professionisti stabilmente inseriti nell'organizzazione del servizio, senza tuttavia convertire in modo generalizzato l'intero sistema convenzionale.

Articolo 6 – Assunzione a tempo indeterminato dei medici di medicina generale in possesso di specializzazione

L'articolo 6 disciplina la prima attuazione del canale dipendente, consentendo, nelle more della definizione organica dei titoli di accesso, delle equipollenze, delle equivalenze e del contratto dedicato, l'assunzione a tempo indeterminato dei medici già operanti nella medicina generale che siano altresì in possesso di diploma di specializzazione.

Le assunzioni:

- avvengono su base volontaria;
- sono disposte nei limiti dei contingenti programmati;
- sono riferite prioritariamente alle Case di Comunità hub, alle Case di Comunità spoke individuate dalla Regione e alle funzioni territoriali ad alta intensità organizzativa;
- non determinano trasformazione generalizzata del rapporto convenzionale in rapporto di dipendenza.

La norma demanda a un decreto ministeriale, da adottare entro sessanta giorni dalla conversione, la definizione delle procedure selettive semplificate e della disciplina transitoria del passaggio, con particolare riguardo:

- al coordinamento tra rapporto convenzionale e rapporto dipendente;
- alle deroghe strettamente necessarie al regime ordinario delle incompatibilità;
- alle modalità di cessazione, trasformazione o altra regolazione del rapporto convenzionale ai fini del passaggio;
- ai criteri di priorità per sedi, territori e funzioni.

La bozza prevede inoltre che, trascorsi sei mesi dall'approvazione della convenzione riformata, il medico convenzionato in possesso dei requisiti debba optare per il rapporto di dipendenza o per l'adesione alla nuova convenzione. Tale previsione è finalizzata a evitare la permanenza indefinita di assetti transitori e a ricondurre il sistema, a regime, a un modello ordinato e coerente.

La scelta del tempo indeterminato nella prima attuazione risponde all'esigenza di dare stabilità organizzativa al presidio delle funzioni territoriali strutturate e di rendere attrattivo il nuovo canale, evitando che le Case della Comunità restino affidate a soluzioni solo temporanee o precarie.

Articolo 7 – Programmazione regionale dell'assistenza primaria territoriale

L'articolo 7 attribuisce alle Regioni e alle Province autonome un ruolo centrale nella programmazione dell'assistenza primaria territoriale.

Esse definiscono:

- fabbisogni di attività nelle Case della Comunità;
- priorità territoriali di attivazione del canale dipendente;
- presidi e funzioni da coprire;
- standard minimi organizzativi e informativi;

- modulazione territoriale del debito organizzativo minimo dei medici convenzionati;
- contingenti e sedi prioritarie del canale dipendente.

La programmazione tiene conto, in particolare, della classificazione *hub e spoke*, della densità abitativa, delle aree interne o disagiate, della carenza assistenziale e degli indicatori di fragilità territoriale.

Le aziende sanitarie traducono tale programmazione in atti organizzativi relativi a:

- assegnazione delle sedi e delle funzioni;
- organizzazione dei turni;
- integrazione con la rete territoriale;
- monitoraggio delle attività e dei risultati.

La norma riconosce così alle Regioni la funzione di snodo programmatico essenziale, nel rispetto del quadro nazionale di principi definito dal decreto.

Articolo 8 – Sburocratizzazione, supporto organizzativo e infrastrutturazione digitale

L'articolo 8 dispone che il nuovo modello di medicina generale sia attuato in coerenza con i principi di:

- semplificazione amministrativa;
- interoperabilità dei sistemi;
- automatizzazione dei flussi informativi;
- riallocazione del tempo professionale verso attività cliniche e di presa in carico.

Regioni e aziende sanitarie assicurano progressivamente:

- strumenti digitali interoperabili;
- supporto amministrativo e infermieristico alle attività territoriali;
- semplificazione degli adempimenti ripetitivi;
- sistemi di monitoraggio, telemedicina e telemonitoraggio;
- standard minimi di infrastrutturazione tecnologica.

La norma riconosce che il riordino dell'assistenza primaria non può fondarsi esclusivamente sulla ridefinizione del ruolo medico, ma richiede un adeguamento strutturale dei fattori organizzativi e tecnologici che ne rendono effettiva l'operatività. Il documento integrativo conferma, sul piano economico e funzionale, l'esigenza di spostare parte della remunerazione verso componenti che presuppongano presenza in Case di Comunità, personale di supporto, sistemi di telemonitoraggio e funzioni di presa in carico, anziché limitarsi al solo dato del numero di assistiti iscritti.

Articolo 9 – Equipollenze, equivalenze e medici in formazione

L'articolo 9 prevede l'adozione, entro novanta giorni, di un decreto del Ministro della salute, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, per la definizione di:

- criteri di equipollenza ed equivalenza dei titoli;
- percorsi integrativi di completamento formativo eventualmente necessari;
- raccordo tra formazione specifica in medicina generale e nuovo assetto ordinamentale;
- modalità di coinvolgimento dei medici in formazione nelle attività territoriali strutturate, con adeguato tutoraggio e senza pregiudizio del percorso formativo.

Fino all'adozione di tale decreto, l'accesso al canale dipendente è limitato ai casi previsti dall'articolo 6, assicurando una transizione ordinata e graduale verso il nuovo modello. La disposizione è funzionale a evitare vuoti regolatori e a costruire un raccordo coerente tra requisiti professionali, formazione e fabbisogni organizzativi.

Articolo 10 – Adeguamento dell'Accordo collettivo nazionale e sezione contrattuale dedicata

L'articolo 10 prevede:

- entro sessanta giorni, l'avvio del procedimento di adeguamento dell'Accordo collettivo nazionale della medicina generale ai principi del decreto;
- entro centoventi giorni, l'istituzione di una specifica sezione contrattuale o di un distinto contratto per i medici dipendenti delle cure primarie territoriali.

L'adeguamento dell'Accordo Collettivo Nazionale dovrà disciplinare in particolare:

- il debito organizzativo minimo;
- l'attività minima strutturalmente dovuta nelle Case della Comunità;
- la struttura generale del compenso;
- il raccordo tra articolazioni organizzative territoriali, Case della Comunità, distretto e programmazione regionale;
- gli standard minimi organizzativi e informativi del nuovo modello convenzionale.

La norma chiarisce, al contempo, che tale adeguamento opera nel rispetto della natura convenzionale del rapporto ordinario di medicina generale, fermo quanto previsto per il canale dipendente selettivo. Si realizza così un coordinamento ordinato tra il livello normativo primario e la successiva definizione pattizia e contrattuale.

Articolo 11 – Monitoraggio, cronoprogramma e allegato economico

L'articolo 11 introduce un sistema di monitoraggio nazionale della prima attuazione del decreto, fondato su indicatori relativi a:

- attività svolte nelle Case della Comunità;
- copertura dei turni e delle funzioni programmate;
- numero di pazienti cronici e fragili presi in carico;

- utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico, della telemedicina e del telemonitoraggio;
- appropriatezza prescrittiva e organizzativa;
- accessi impropri al pronto soccorso;
- raggiungimento degli obiettivi territoriali;
- costi e risparmi di sistema.

La norma fissa, inoltre, un cronoprogramma attuativo a 30, 60, 90 e 180 giorni e prevede che il documento attuativo definitivo sia accompagnato da un allegato economico comparato riferito ai tre scenari:

- convenzione riformata;
- dipendenza selettiva per le Case di Comunità;
- accreditamento eventuale.

La previsione di un allegato economico comparato è coerente con il documento integrativo, che evidenzia come la sostenibilità della riforma convenzionale e dei nuovi assetti organizzativi richieda una lettura distinta dei costi, dei differenziali di remunerazione e dei potenziali effetti redistributivi tra medici del ruolo unico e pediatri di libera scelta.

Articolo 12 – Disposizioni finanziarie

L'articolo 12 reca la disciplina finanziaria del provvedimento, stabilendo che:

- dall'attuazione delle disposizioni ordinamentali, programmatiche, digitali e di monitoraggio si provvede nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente;
- agli oneri derivanti dall'attuazione del canale dipendente si provvede nei limiti delle risorse destinate all'assistenza territoriale, alla medicina generale e al funzionamento delle Case della Comunità già previste a legislazione vigente, nonché mediante eventuali successive autorizzazioni di spesa;
- la relazione tecnica allegata alla legge di conversione distingue gli impatti economici della convenzione riformata, gli oneri della dipendenza selettiva e i costi di supporto organizzativo, digitale e di monitoraggio.

La disposizione precisa altresì che, nella prima attuazione, l'utilizzo del canale dipendente è limitato a:

- Case della Comunità hub;
- funzioni prioritarie;
- contingenti selettivi,

in coerenza con la valutazione economica.

Il quadro economico delineato nel documento integrativo, pur riferito a una fase di ulteriore sviluppo della riforma convenzionale, conferma la necessità di distinguere tra costi della convenzione riformata, costi della dipendenza selettiva e costi connessi alla redistribuzione delle componenti remunerative per assistito. Anche sotto questo profilo, la scelta del decreto di procedere per fasi, con monitoraggio e allegato comparato, appare coerente e prudente.

Articolo 13 – Entrata in vigore

L'articolo 13 prevede l'entrata in vigore del decreto il giorno successivo alla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale e la sua presentazione alle Camere per la conversione in legge.

B) DOCUMENTO INTEGRATIVO CON VALUTAZIONI DI NATURA TECNICO-ECONOMICA

INNALZAMENTO DELL'ETÀ DI ESCLUSIVA

Regola attuale

Attualmente i Pediatri di Libera Scelta possono avere in carico i cittadini dagli 0 ai 14 anni, hanno l'esclusiva per tutti i residenti dalla nascita e fino al compimento del 6° anno di vita. In altre parole i residenti compresi in questa fascia di età non possono essere iscritti al medico del ruolo unico di assistenza primaria. L'unica eccezione a questa regola è rappresentata dalla impossibilità di accogliere nuovi iscritti da parte dei pediatri che esercitano nell'ambito di scelta, in tal caso e solo fino all'inserimento di un nuovo pediatra, può essere effettuata una iscrizione al medico del ruolo unico di assistenza primaria. A questa regola si aggiunge la possibilità per i genitori di mantenere l'iscrizione dei propri figli al pediatra fino al compimento del 14° anno di età che, in presenza di particolari patologie o necessità assistenziali, può essere prorogata fino al compimento del 16° anno di età.

Dati al 1 gennaio 2025

Al 1° gennaio 2025 risultavano iscritti ai 6.284 Pediatri di Libera in servizio 5.763.534 assistiti di cui in età di esclusiva 2.356.230. Solo il 40% degli assistiti in carico ai pediatri di libera scelta rientravano, a quella data, nell'età di esclusiva e considerando il calo di nascite registrato dal 2020 al 2025 pari a circa il 10% (414.974 nati nel 2020 a fronte dei 370.444 nati nel 2025) la percentuale di assistiti in età di esclusiva in carico ai Pediatri di Libera Scelta è destinata a diminuire.

Considerando la teorica possibilità di iscrizione dei bambini al medico del ruolo unico di assistenza primaria al compimento del 6° anno di età e il costo medio per assistito che si registra a livello nazionale per gli assistiti in carico al pediatra di libera scelta pari a 175 €/anno, a fronte del costo medio per assistito che si registra a livello nazionale per gli assistiti in carico al medico del ruolo unico di assistenza primaria pari a 91 €/anno, attualmente il mantenimento in carico ai Pediatri di Libera Scelta degli assistiti oltre l'età di esclusiva genera un maggiore costo pari a 286.213.536 €/anno.

Da tempo i Pediatri di Libera Scelta chiedono la possibilità di mantenere l'iscrizione dei propri assistiti fino al compimento del 18° anno di età, se tale ipotesi fosse accolta potenzialmente i Pediatri di Libera Scelta potrebbero avere in carico 8.590.767 assistiti (portando l'incidenza dell'età di esclusiva al solo 27%). L'innalzamento dell'età di esclusiva avrebbe l'effetto immediato di ritardare l'iscrizione al medico del ruolo unico dell'assistenza primaria dell'assistito rendendo meno critico il ricambio generazionale della categoria, tuttavia genererebbe un maggiore costo annuo, rispetto al passaggio al medico del ruolo unico di assistenza primaria pari a 523.701.108 €/anno e la necessità di inserire sul territorio ulteriori 1300 pediatri.

EQUIPARAZIONE DEL MASSIMALE DEI PEDIATRI A QUELLO DEI MEDICI PORTANDO ANCHE I PRIMI AD AVERE UN CARICO MASSIMO DI ASSISTITI PARI A 1500

Regola attuale

Attualmente il Pediatra di Libera Scelta può avere un carico massimo di assistiti pari a 1000, tale scelta, unitamente alla differenza di remunerazione del singolo assistito sopra riportata trova fondamento nella introduzione della figura del pediatra di Libera Scelta, coincidente con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Dati storici

Nel periodo 1972-1978 le nascite in Italia oscillarono dagli oltre 800.000 nati del 1972 ai 720.000 nati nel 1978, oltre il doppio rispetto alle nascite registrate fra il 2020 e il 2025, appare evidente che il carico assistiti in età di esclusiva rappresentava una percentuale prossima al 75-80% del carico massimo di assistiti che poteva accogliere il singolo pediatra si è pertanto ritenuto opportuno, al fine di garantire una corretta assistenza ridurre il numero massimo di assistiti (all'epoca solo 880 comprensiva di tutte le deroghe previste dalla Convenzione) a fronte di una maggiore remunerazione del singolo assistito.

Un eventuale assorbimento di tutti gli assistiti nella fascia compreso fra la nascita e il compimento del 18° anno di età, richiederebbe l'inserimento, alle regole attuali, di ulteriori 1300 pediatri, con potenziale spopolamento della rete ospedaliera, ma come già sopra esposto la riduzione della percentuale di assistiti in età di esclusiva al solo 27% permettere ai pediatri operanti sul territorio di accogliere fino a 1500 assistiti, al pari del medico del ruolo unico di assistenza primaria che ha in carico, mediamente una percentuale di cronici pari al 30% dei propri assistiti.

EQUIPARAZIONE DELLA REMUNERAZIONE MASSIMA DEI SINGOLI ASSISTITI IN CARICO A MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Come già accennato in precedenza il differenziale di remunerazione del singolo assistito in carico al medico del ruolo unico e al pediatra di libera scelta si attesta mediamente, a livello nazionale, a circa 84 €/anno per assistito. Tale differenziale trae origine dal minore carico di assistiti che potevano i pediatri rispetto ai medici del ruolo unico una eventuale estensione dell'età di esclusiva al compimento del 18° anno di età, unitamente alla estensione del carico massimo di assistiti a 1500 annullerebbe di fatto la ratio di questo differenziale di remunerazione. Il pediatra avrebbe le stesse possibilità di iscrizione di assistiti del medico del ruolo unico con una incidenza della "fascia critica" pari a quella dei cronici per il medico del ruolo unico di assistenza primaria.

INDIVIDUAZIONE DI UNA TARIFFA NAZIONALE PER ASSISTITO AL FINE DI GARANTIRE UNIFORMITÀ DI SERVIZIO SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE

Ratio della individuazione di una tariffa nazionale per assistito.

Oggi il sistema di remunerazione del medico del ruolo unico di assistenza primaria e del Pediatra di libera scelta è composto da un cospicuo numero di voci che, di fatto, portano il medico a percepire circa l'85% del compenso in base al numero di assistiti che ha in carico, indipendentemente dalle cure ad essi erogate.

Più nel dettaglio la remunerazione dei medici di assistenza primaria (intendendo con tale accezione sia i medici del ruolo unico di assistenza primaria che i Pediatri di Libera Scelta) è per il 70% costituita da quote capitarie, legate cioè al solo fatto di avere un iscritto e per il 30% alla parte variabile, cioè al conseguimento di obiettivi. Di questo 30% tuttavia almeno la metà è collegata alla partecipazione a forme organizzate di erogazione delle cure o alla presenza di personale di studio, infermiere o collaboratore

amministrativo, di fatto quindi solo il 15% viene destinato ad obiettivi di salute misurabili e al loro conseguimento, quindi solo 13 € dei 91 € percepiti mediamente a livello nazionale dai medici del ruolo unico di assistenza primaria e 25€ dei 175 €percepiti dai Pediatri di Libera Scelta sono collegati alla remunerazione di obiettivi di salute specifici.

Per resettare tale modello di remunerazione e renderlo più congruo con cosa il SSN si “aspetta” dalla attività svolta dai medici di assistenza primaria occorre individuare una tariffa unica a livello nazionale legata alla assistenza offerta al singolo cittadino e reimpostare a livello contrattuale il sistema di remunerazione.

Dati al bilancio consuntivo 2023

I dati di costo disponibili, pubblicati dal Ministero dell’Economia e delle Finanze, sono quelli relativi al Conto Economico dell’anno 2023.

A tale data risultavano spesi € 6.448.874.579, per l’assistenza a 57.027792 cittadini così ripartiti:

	Numero ore	Assistiti MMG	Assistiti PLS	Totale Assistiti	Costo MMG	Costo ore MMG	Costo PLS	Totale Costo
Totale complessivo	19740033	51.192.541	5.835.251	57.027.792	4.671.291.620	757.411.758	1.020.171.201	6.448.874.579

Mediamente un assistito del medico del ruolo unico di assistenza primaria era remunerato 91€/anno, un assistito del Pediatra di Libera Scelta 175€/anno un’ora di continuità assistenziale 38€/ora.

Dividendo la spesa complessiva sostenuta dal SSN nel 2023 per l’erogazione dell’assistenza primaria effettuata dalle tre categorie Medico del ruolo unico a ciclo di scelta, medico del ruolo unico a rapporto orario e Pediatra di Libera Scelta (€ 6.448.874.579) per il numero di assistiti in carico a tutti i medici operanti sul territorio (57.027.792) la quota di riferimento media era di 113€/anno.

Dal 2023 la Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC) ha stipulato con le Organizzazioni Sindacali dei medici di Medicina Generale (di cui fanno parte i medici del ruolo unico di assistenza primaria) e dei Pediatri di Libera Scelta due rinnovi contrattuali quelli relativi al triennio 2019-2021 e quelli del triennio 2022-2024.

Le previsioni di incremento di costo complessivo a regime a partire dal 2024 ammontano a € 560.985.663,47, ai quali vanno aggiunti, a regime dal 1° gennaio 2026 ulteriori € 262.136.160,00, per la remunerazione delle ore svolte dai medici del ruolo unico di assistenza primaria all’interno delle Case della Comunità, per un totale di € 823.121.823,47 così ripartiti:

	triennio 2019- 2021	triennio 2022- 2024	2026	Totale
MEDICINA GENERALE - RUOLO UNICO A CICLO DI SCELTA (EX ASSISTENZA PRIMARIA)	159.300.011	249.677.077		408.977.088
MEDICINA GENERALE - RUOLO UNICO AD ATTIVITA' ORARIA (EX CONTINUITA' ASSISTENZIALE)	21.582.988	34.247.571		55.830.560
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	38.839.361	57.338.653		96.178.014
Remunerazione ore in CdC ex art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234			262136160	262.136.160
Totale	219.722.361	341.263.302	262136160	823.121.823

Gli incrementi previsti dalle due tornate contrattuali sommate alla spesa sostenuta nel corso del 2023 porta il costo complessivo a regime a € 7.271.996.402, se il numero degli assistiti in carico a tutti i medici fosse

rimasto invariato (in realtà è diminuito, al 1° gennaio 2025 risultavano essere 56.685.297) la quota di riferimento per ciascun assistito sarebbe di €128/anno.

L'annullamento del metodo di remunerazione di attività ad ore ed il passaggio ad una remunerazione per assistito, comporta un obbligo orario minimo settimanale per ciascun medico operante in convenzione col SSN pari ad almeno 6 ore settimanali per 48 settimane annue, prevedendo che il periodo di riposo per l'attività a ciclo di scelta sia coincidente con il periodo di riposo dell'attività svolta all'interno delle case di comunità.

Ipotesi di revisione della convenzione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria (tariffa nazionale 128€/anno):

1. 40€ lordi per ogni assistito che il medico ha in carico per erogazione LEA di competenza e obblighi di legge ad esempio uso e implementazione FSE;
2. 24 € lordi per ogni assistito che il medico ha in carico finalizzati ad una corretta presa in carico del X% dei pazienti cronici (stratificazione e targeting della popolazione, presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura, erogazione di interventi personalizzati attraverso il coinvolgimento del paziente e caregiver nel piano di cura);
3. 24 € lordi per ogni assistito in carico per promozione della salute (almeno una visita a ciascun assistito in carico ogni due anni e comunque entro l'anno per il neoiscritto?), prevenzione (% di adesione degli assistiti in carico ai programmi di screening?) e diagnosi precoce.
4. 15 € lordi per ogni assistito, quale indennità per dotarsi collaboratore amministrativo e/o infermiere professionale e implementazione di sistemi di telemonitoraggio.
5. 25 € lordi per ogni assistito in carico per lo svolgimento di 6 ore settimanali in CdC per 48 settimane all'anno. In Lombardia i medici del ruolo unico in servizio (oggi circa 5.600) genererebbero un debito orario complessivo annuo pari a 1.612.800.

Ipotesi di revisione della convenzione dei Pediatri di Libera Scelta (tariffa nazionale 128€/anno):

1. 40€ lordi per ogni assistito che il medico ha in carico per erogazione LEA di competenza e obblighi di legge ad esempio uso e implementazione FSE;
2. 24 € lordi per ogni assistito che il medico ha in carico finalizzati ad una corretta presa in carico per l'esecuzione di bilanci di salute programmati su pazienti under 14;
3. 24 € lordi per ogni assistito in carico per promozione della salute in assistiti over 14 (almeno una visita a ciascun assistito in carico ogni anno e comunque entro l'anno per il neoiscritto?), prevenzione (% di adesione degli assistiti in carico ai programmi di screening?) e diagnosi precoce.
4. 15 € lordi per ogni assistito, quale indennità per dotarsi collaboratore amministrativo e/o infermiere professionale e implementazione di sistemi di telemonitoraggio.
5. 25 € lordi per ogni assistito in carico per lo svolgimento di 6 ore settimanali in CdC per 48 settimane all'anno. In Lombardia i medici del ruolo unico in servizio (oggi circa 1057) genererebbero un debito orario complessivo annuo pari a 304.416.

C) PRIMA BOZZA DI ARTICOLATO DA SOTTOPORRE A CONFRONTO

Disposizioni urgenti per il riordino dell'assistenza primaria territoriale e della medicina generale, al fine di garantire la piena operatività delle Case della Comunità

Il presente testo è un primo draft da sottoporre al confronto con le Parti interessate tra le quali vi sono le Regioni, Enti territoriali centrali nell'organizzazione del SSN che per prime sono invitate a contribuire alla definizione del quadro normativo.

È poi anche essenziale ascoltare le Associazioni di categoria, le Associazioni dei pazienti e di ogni altra componente della società civile interessata. Lo scopo del documento è promuovere un dibattito democratico e trasparente sulla migliore definizione di una nuova regolamentazione che il Governo ritiene necessaria per realizzare gli obiettivi stabiliti nel PNRR e per erogare le connesse risorse finanziarie.

Il Ministero valuterà i contributi pervenuti ed elaborerà il testo definitivo da sottoporre al Consiglio dei Ministri e quindi al Parlamento nel rispetto delle procedure costituzionali.

Gli obiettivi dichiarati dell'intervento normativo auspicato sono: la pronta ed effettiva attivazione delle strutture della sanità territoriale, che costituisce un necessario adempimento del PNRR; la valorizzazione, anche economica, del ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta; l'incremento delle assunzioni dei medici dipendenti del SSN.

In considerazione dei tempi stretti di imposti dal PNRR appare opportuno proporre l'adozione di un Decreto-Legge di cui si illustrano di seguito le linee essenziali.

Ritenuto che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nell'ambito della Missione 6 – Salute, Componente 1, prevede il rafforzamento dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo delle Case della Comunità, delle cure domiciliari e dei modelli di presa in carico integrata della persona, accompagnato da specifici target e milestone il cui raggiungimento condiziona l'erogazione delle risorse europee, e che il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 ha definito il relativo modello organizzativo individuando nelle Case della Comunità il fulcro dei servizi di prossimità e prevedendo la partecipazione dei medici di medicina generale nell'ambito di équipe multiprofessionali integrate, mentre l'attuale assetto convenzionale di tali medici, caratterizzato da autonomia organizzativa e modalità di erogazione prevalentemente individuali, non risulta pienamente coerente con detto modello, determinando una limitata presenza strutturata nelle medesime strutture e compromettendo l'effettiva attuazione degli investimenti del PNRR, con conseguente rischio di mancato raggiungimento degli obiettivi di potenziamento dell'assistenza territoriale e di inefficiente utilizzo delle risorse, rendendosi pertanto necessario adottare misure urgenti volte a ridefinirne le modalità di impiego, anche mediante strumenti

incentivanti e modelli organizzativi innovativi, al fine di garantirne la stabile integrazione nelle Case della Comunità e assicurare la piena operatività del nuovo sistema di assistenza territoriale;

Ritenuta la straordinaria necessità e urgenza di assicurare la piena operatività delle Case della Comunità, la funzionalità del modello di assistenza territoriale, la presa in carico dei pazienti cronici e fragili e la continuità delle funzioni territoriali a maggiore intensità organizzativa, in coerenza con gli obblighi del PNRR e con il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;

...

Art. 1 (Oggetto e finalità)

1. Il presente decreto reca disposizioni urgenti per il riordino dell'assistenza primaria territoriale e della medicina generale e dei pediatri di libera scelta, al fine di:

- a) garantire la piena operatività delle Case della Comunità, quali strutture cardine del nuovo modello di assistenza territoriale;
- b) assicurare la piena integrazione della medicina generale nella rete dei servizi territoriali e nelle Case della Comunità;
- c) garantire livelli uniformi, programmabili ed esigibili di assistenza primaria sul territorio nazionale;
- d) rafforzare la presa in carico dei pazienti cronici e fragili, la prevenzione, la continuità assistenziale, il lavoro multiprofessionale e l'interoperabilità dei sistemi;
- e) introdurre la convenzione riformata quale canale ordinario della medicina generale e il canale selettivo di dipendenza per le funzioni territoriali strutturate;
- f) disciplinare il regime transitorio di prima attuazione, il coordinamento con l'Accordo collettivo nazionale e i percorsi di adeguamento organizzativo, formativo ed economico;
- g) disciplinare l'istituzione della Scuola di specializzazione in Medicina generale di livello universitario e di durata quadriennale.

2. Restano fermi gli obblighi di contribuzione all'ENPAM previsti dalla legislazione vigente.

2. Le disposizioni del presente decreto costituiscono principi fondamentali in materia di tutela della salute ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione.

Art. 2 (Assetto del sistema e doppio canale)

1. La medicina generale e la pediatria di libera scelta sono esercitati, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, secondo un assetto a doppio canale:

- a) convenzione riformata, quale canale ordinario del sistema;
- b) dipendenza per le funzioni territoriali strutturate, quale canale selettivo, programmato e non generalizzato.

2. La convenzione riformata assicura il mantenimento della scelta fiduciaria del cittadino e della capillarità territoriale, introducendo obblighi organizzativi e di rete coerenti con il nuovo modello territoriale.

3. La dipendenza:

- a) non costituisce trasformazione generalizzata e immediata dell'intera medicina generale;

- b) è attivata su base volontaria, nei limiti della programmazione regionale e dei contingenti individuati;
- c) è finalizzata a presidiare le funzioni territoriali a maggiore intensità organizzativa, con priorità per le Case della Comunità.

4. Con legge dello Stato sono definiti i nuovi criteri di accreditamento di soggetti erogatori di prestazioni territoriali di assistenza primaria.

5. È istituita la Scuola di specializzazione universitaria di Medicina generale di durata quadriennale...

Art. 3 (Convenzione riformata quale canale ordinario)

1. La convenzione riformata costituisce il canale ordinario di esercizio della medicina generale e della pediatria di libera scelta nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

2. Nell'ambito della convenzione riformata, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta sono qualificati come titolari del rapporto fiduciario con gli assistiti e, al contempo, come soggetti tenuti ad adempiere la funzione territoriale di assistenza primaria inserita nella rete organizzata dei servizi.

3. Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta convenzionati concorrono non solo all'assistenza del singolo assistito, ma anche al corretto funzionamento del sistema territoriale di riferimento.

4. La disciplina convenzionale nazionale, da adeguare ai sensi del presente decreto, assicura almeno:

- a) assistenza fiduciaria agli assistiti in carico;
- b) partecipazione effettiva alla rete territoriale di riferimento e alle articolazioni organizzative territoriali;
- c) utilizzo dei sistemi informativi interoperabili e degli strumenti digitali di sistema;
- d) presa in carico strutturata dei pazienti cronici e fragili;
- e) partecipazione ad audit, verifiche e monitoraggio;
- f) svolgimento di una quota programmata di attività nelle Case della Comunità;
- g) collaborazione con infermieri, personale amministrativo, specialisti e servizi territoriali.

5. La struttura generale della remunerazione della convenzione riformata è articolata, secondo la disciplina dell'Accordo collettivo nazionale, almeno nelle seguenti componenti:

- a) quota base;
- b) quota presa in carico;
- c) quota prevenzione;
- d) quota organizzativa e tecnologica;
- e) quota Case della Comunità;
- f) quota risultato.

6. La convenzione riformata deve prevedere che l'età di esclusiva per l'iscrizione al pediatra di libera scelta, sia compresa dalla nascita del bambino e fino al compimento del 18° anno di età. Dovrà altresì prevedere che la scelta del medico o del pediatra è liberamente effettuata dall'assistito o da chi ne esercita

la responsabilità genitoriale, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata. Il limite massimo di assistiti per medico deve essere identico ad entrambe le categorie.

Art. 4 (Debito organizzativo minimo e attività nelle Case della Comunità)

1. La convenzione riformata introduce un debito organizzativo minimo nazionale, da modulare territorialmente in base alla programmazione regionale.

2. Il debito organizzativo minimo comprende almeno:

- a) partecipazione effettiva alla rete territoriale;
- b) presenza organizzata nelle Case della Comunità secondo il fabbisogno programmato;
- c) utilizzo dei sistemi informativi comuni;
- d) adesione ad audit, verifiche e indicatori;
- e) integrazione con i percorsi di presa in carico multiprofessionale.

3. L'attività nelle Case della Comunità costituisce componente strutturale del nuovo modello di medicina generale e della pediatria di libera scelta e non mera attività incentivata.

4. La quantificazione puntuale delle attività di cui al presente articolo, nonché la relativa articolazione oraria e organizzativa, è definita dall'Accordo collettivo nazionale e dalla programmazione regionale, nel rispetto dei principi del presente decreto.

Art. 5 (Canale selettivo di dipendenza per le funzioni territoriali strutturate)

1. Al fine di garantire presenza strutturata nelle Case della Comunità, copertura oraria e turnazione, continuità assistenziale territoriale, lavoro di équipe multiprofessionale e presidio delle funzioni territoriali ad alta intensità organizzativa, è istituito il canale selettivo di dipendenza per l'assistenza primaria territoriale.

2. Il canale di cui al comma 1 è prioritariamente utilizzabile per:

- a) Case della Comunità hub;
- b) Case della Comunità spoke individuate dalla programmazione regionale;
- c) funzioni integrate con la continuità assistenziale e con i bisogni non differibili;
- d) attività di presa in carico strutturata e di coordinamento territoriale.

3. Il canale dipendente:

- a) non riguarda l'intera medicina generale;
- b) è definito per contingenti, fabbisogni, sedi e funzioni specifiche;
- c) può essere attivato anche in forma pilota nei territori prioritari;
- d) opera secondo la programmazione regionale e aziendale.

4. L'attivazione del canale dipendente richiede:

- a) definizione dei titoli di accesso;
- b) disciplina delle equipollenze e delle equivalenze;
- c) istituzione di un nuovo contratto nazionale o di una specifica sezione contrattuale dedicata;
- d) disciplina transitoria per i medici già operanti e per i medici in formazione.

Art. 6 (Assunzione a tempo indeterminato dei medici di medicina generale in possesso di specializzazione)

1. Nelle more della definizione della disciplina organica dei titoli di accesso, delle equipollenze e delle equivalenze, nonché del contratto o della sezione contrattuale dedicata alle cure primarie territoriali dipendenti, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono procedere, su base volontaria degli interessati e nei limiti dei contingenti programmati, all'assunzione a tempo indeterminato per le funzioni di cui all'articolo 5 dei medici già operanti nella medicina generale che siano altresì in possesso di diploma di specializzazione e dei pediatri di libera scelta.

2. Le assunzioni di cui al comma 1:

- a) sono disposte nei limiti dei fabbisogni individuati dalla programmazione regionale;
- b) sono prioritariamente riferite alle Case della Comunità hub, alle Case della Comunità spoke individuate dalla Regione e alle ulteriori funzioni territoriali ad alta intensità organizzativa;
- c) non determinano trasformazione generalizzata del rapporto convenzionale in rapporto di dipendenza;
- d) avvengono secondo procedure selettive semplificate definite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

3. Il decreto di cui al comma 2 disciplina altresì, in via transitoria:

- a) il coordinamento tra il pregresso rapporto convenzionale e il nuovo rapporto di dipendenza;
- b) le deroghe strettamente necessarie al regime ordinario delle incompatibilità;
- c) le modalità di cessazione, trasformazione o altra regolazione del rapporto convenzionale ai fini del passaggio;
- d) i criteri di priorità per sedi, territori e funzioni.

4. Restano ferme, fino all'adozione della disciplina organica di riordino, le disposizioni vigenti in materia di accesso ordinario al sistema convenzionale della medicina generale.

5. Trascorsi 6 mesi dalla approvazione della convenzione **riformata, il medico e il pediatra di libera scelta convenzionati in possesso dei requisiti devono optare per il rapporto di dipendenza o per l'adesione alla nuova convenzione.**

Art. 7 (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 e definiscono:

- a) il fabbisogno di attività nelle Case della Comunità;
- b) le priorità territoriali di attivazione del canale dipendente;
- c) i presidi e le funzioni da coprire;
- d) gli standard minimi organizzativi e informativi;
- e) la modulazione territoriale del debito organizzativo minimo dei medici convenzionati;
- f) i contingenti e le sedi prioritarie del canale dipendente.

2. La programmazione di cui al comma 1 tiene conto, in particolare, della classificazione hub e spoke, della densità abitativa, delle aree interne o disagiate, della carenza assistenziale e degli indicatori di fragilità territoriale.

3. 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. 8 (Sburocratizzazione, supporto organizzativo e infrastrutturazione digitale)

1. Il nuovo modello di medicina generale e della pediatria di libera scelta è attuato in coerenza con i principi di semplificazione amministrativa, interoperabilità dei sistemi, automatizzazione dei flussi informativi e riallocazione del tempo professionale verso attività cliniche e di presa in carico.

2. Le Regioni e le aziende sanitarie, nei limiti delle risorse disponibili e secondo la programmazione, assicurano progressivamente:

- a) strumenti digitali interoperabili;
- b) supporto amministrativo e infermieristico alle attività territoriali;
- c) semplificazione degli adempimenti ripetitivi;
- d) sistemi di monitoraggio, telemedicina e telemonitoraggio;
- e) standard minimi di infrastrutturazione tecnologica.

3. L'adeguamento dell'Accordo collettivo nazionale e degli atti regionali assicura il coordinamento tra funzioni cliniche, strumenti digitali, supporto organizzativo e modelli di lavoro in team.

Art. 9 (Equipollenze, equivalenze e medici in formazione)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, sono definiti:

- a) i criteri di equipollenza e di equivalenza dei titoli ai fini dell'accesso al canale dipendente;
- b) i percorsi integrativi di completamento formativo eventualmente necessari;
- c) il raccordo tra formazione specifica in medicina generale e nuovo assetto ordinamentale;
- d) le modalità di coinvolgimento dei medici in formazione nelle attività territoriali strutturate, con adeguato tutoraggio e senza pregiudizio per il percorso formativo.

2. Fino all'adozione del decreto di cui al comma 1, l'accesso transitorio al canale dipendente è limitato ai casi previsti dall'articolo 6.

Art. 10 (Adeguamento dell'Accordo collettivo nazionale e sezione contrattuale dedicata)

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto è avviato il procedimento di adeguamento dell'Accordo collettivo nazionale della medicina generale ai principi di cui agli articoli 3, 4, 7 e 8.

2. L'adeguamento dell'Accordo collettivo nazionale disciplina, in particolare:

- a) il debito organizzativo minimo;
- b) l'attività minima strutturalmente dovuta nelle Case della Comunità;
- c) la struttura generale del compenso;
- d) il raccordo tra articolazioni organizzative territoriali, Case della Comunità, distretto e programmazione regionale;
- e) gli standard minimi organizzativi e informativi del nuovo modello convenzionale.

3. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto è istituita, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale competente, una specifica sezione contrattuale o distinto contratto per i medici dipendenti delle cure primarie territoriali. 4. L'adeguamento di cui al presente articolo opera nel rispetto della natura convenzionale del rapporto ordinario di medicina generale, fermo quanto previsto per il canale dipendente selettivo.

Art. 11 (Monitoraggio, cronoprogramma e allegato economico)

Il Ministero della salute, d'intesa con le Regioni e le Province autonome, assicura il monitoraggio della prima attuazione del presente decreto.

1. Il monitoraggio si fonda almeno sui seguenti indicatori:

- a) ore effettivamente svolte nelle Case della Comunità;
- b) copertura dei turni e delle funzioni programmate;
- c) numero di pazienti cronici e fragili presi in carico;
- d) utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico, della telemedicina e del telemonitoraggio;
- e) appropriatezza prescrittiva e organizzativa;
- f) accessi impropri al pronto soccorso;
- g) raggiungimento degli obiettivi territoriali;
- h) costi e risparmi di sistema.

3. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto sono effettuate:

- a) la ricognizione degli Accordi integrativi regionali vigenti e dei relativi limiti;

- b) la mappatura del fabbisogno delle Case della Comunità;
 - c) l'individuazione delle priorità territoriali.
4. Entro sessanta giorni sono definiti:
- a) lo schema della convenzione riformata;
 - b) lo schema tecnico del canale dipendente;
 - c) i vincoli da rimuovere;
 - d) la prima stima economica comparata.
5. Entro novanta giorni sono definiti:
- a) il regime transitorio;
 - b) i contingenti, le sedi e le funzioni prioritarie;
 - c) gli standard minimi organizzativi e informativi;
 - d) i criteri in materia di titoli, equipollenze, equivalenze e percorsi integrativi.
6. Entro centottanta giorni sono avviate le prime applicazioni, è attivato il monitoraggio ed è disposta l'eventuale estensione progressiva del modello, con aggiornamento della valutazione economica.
7. Il documento attuativo definitivo è accompagnato da un allegato economico comparato contenente almeno:
- a) Scenario A, convenzione riformata;
 - b) Scenario B, dipendenza selettiva per le Case della Comunità;
 - c) Scenario C, accreditamento eventuale, ai soli fini valutativi.

Art. 12 (Disposizioni finanziarie)

1. Dall'attuazione degli articoli 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 e 11 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 del canale dipendente di cui agli articoli 5 e 6 si provvede nei limiti delle risorse destinate all'assistenza territoriale, alla medicina generale e al funzionamento delle Case della Comunità 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 selettiva;
 - c) i costi di supporto organizzativo, digitale e di monitoraggio.
4. Nella prima attuazione, l'utilizzo del canale dipendente è limitato a Case della Comunità hub, funzioni prioritarie e contingentati selettivi, in coerenza con la valutazione economica.

Art. 13 (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.